Les soignants ne sont pas impassibles

Vécus et ressentis du trépas par les soignants lors de l'enquête multicentrique [Soigner la Mort]

Emmanuèle AURIAC-SLUSARCZYK(1), Margot SMIRDEC(2), Martin JULIER-COSTES(3), Amélie LEROND-CAUSSIN(4), Nathalie GUY(5), Frédérique PENAULT-LLORCA(6), Aline DELSART(7)

(1) MCU HDR Psycholinguiste Maison des Sciences de l'Homme de Clermont UAR3550 & Laboratoire de SHS Acté UR4281, Université Clermont-Auvergne,
(2) Dr anesthésiste réanimateur, Centre de Lutte Contre le Cancer CLCC Jean Perrin, Clermont-Ferrand,
(3) Sociologue indépendant, rattaché au laboratoire PACTE, Université de Grenoble,
(4) Psychologue clinique et recherche, psychologie de la santé, centre hospitalier de Nevers,
(5) Dr en neurologie, responsable du CRCSLA* au CHU de Clermont-Ferrand CRCSLA (*) Centre de Ressource et de Compétence pour la Sclérosé Latérale Amyotrophique et les maladies du neurone moteur,
(6) Présidente déléguée Unicancer, Directrice du CLCC* Jean Perrin, Clermont-Ferrand(*) Centre de Lutte Contre le Cancer,
(7) Docteur en Sciences du Langage. Ingénieur de recherche. Maison des Sciences de l'Homme de Clermont UAR3550 & Laboratoire de SHS Acté UR4281, Université Clermont-Auvergne

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.8966

Résumé : Une enquête [SlaMOR], sise dans plusieurs secteurs de soins, plonge intervieweurs et interviewés au cœur de la réalité du trépas, traversée et assumée par des équipes en neurologie, oncologie et en secteur de soins palliatifs. L'interview de type sociologique débusque le caractère de ce qui froisse ou révèle, par les expressions, les mots retraçant les ressentis, ce que la mort fait aux soignants, à partir de leurs pratiques professionnelles situées (aides-soignants, médecins, infirmiers), quand ils la rencontrent, quand ils la vivent. Les chercheurs ont disposé de trente-sept entretiens d'une heure trente en moyenne. Des expressions originales sont relevées au sein d'épisodes interlocutoires, enchaînant ou glissant ce qui construit la singularité et la mémoire des soignants. Ainsi, le trépas, étudié depuis les coulisses du soin, exprime l'espace mortuaire comme « reposoir » ou « déposoir », convoque l'idée d'une « mort *classe* », dénote parfois une forme de protocolisation engagée. Les valences émotionnelles, caractéristiques des spécialités et postures des soignants pour faire front à la mort, sont extraites, en utilisant le logiciel ÉmotAIX. Comparativement aux tendances émotionnelles recueillies habituellement, chez les soignants, c'est la positivité et la neutralité émotionnelle qui l'emportent sur l'habituel lexique déclaratif majorant les émotions négatives dans le grand public. Est à considérer l'avènement émotionnel du sang-froid, qui emblématise une forme de distance représentationnelle à la mort, où dominent le calme et le courage hospitaliers. Derrière l'expression « *il n'y a pas de souci* », comme face à un taux retrouvé important d'émotions non spécifiées, c'est à dire ni positives ni négatives, il reste un espace à interroger sur ce que dénote cette neutralité des soignants, qui masque des ressentis à valence plus positive que la moyenne. Au-delà de possibles dissensions entre les secteurs de soin étudiés, une avancée dans l'acceptation du domaine thanatique, à laquelle participe résolument cette enquête, est à noter, et il reste à étudier en quoi ces ressources positives, insoupçonnées des soignants eux-mêmes, peuvent servir l'éventuelle progression du secteur d'accompagnement du *mourir*.

Mots-clés : Enquête ; Trépas ; Paroles ; Soignants ; Ressentis ; Émotions ; Corpus.

> « À l'hôpital […] la conformité à des standards éloignant tout sujet de la subjectivité conduit certains soignants à ne plus savoir « où pleurer », quand ils ressentent intensément, traduisant par là même un travail d'intériorité probablement empêché. » Mireille Cifali, 2022, à propos du chapitre de Pham Quanq, p. 17)

1 Contexte

Pour certains, nos sociétés désymbolisent la mort (Guitté-Verret et Malinowski-Charles, 2023[1]). Éviter le *mystère de la mort*, son caractère immaîtrisable nous semble important, et l'enquête SlaMOR [Soigner le mort][2] a idéalisé dès le départ l'idée d'approcher, non le contradictoire, mais plutôt, selon le joli mot de Nathalie Garric, les *coulisses* de la mort. Pour enrichir les visions d'une mort scientifiquement décrite sous des *« derniers instants seconde après seconde »* (Vernet, 2022), il nous semble que se dégager des obstructions politiques, médicales, sociétales impose de dire en amont les adieux à nos représentations autant qu'à nos morts (Carpio, 2002). L'enquête par son acronyme même, entend soigner, non pas *contre* les morts mais œuvrer *avec* (Despret, 2023 ; B nk, 2022). L'enquête SlaMOR n'est à cet égard qu'une tentative du moment, s'insérant dans le demi-siècle qui a contribué, déjà, à signifier la mort (Schepens, 2021), à la désacraliser (Granja & Ito, 2023). En tant que cheffes de file de l'enquête, les auteurs réunis (médecin et psychologue) préviennent que parler de la mort est à portée de tous : dès 6 ans, la mort est psychologiquement abordable (Fasse, 2023 ; Auriac-Slusarczyk & Vacher, 2010) et distincte du sommeil (Labrell, 2023) et c'est l'adulte qui obstrue souvent la possibilité d'en parler avec l'enfant, dialogue trop souvent étudié face aux deuils, alors que l'enfant s'interroge aussi sur le sujet du *mourir* (Romano, 2020).

Conjoncturellement, l'ordinaire du trépas (Larcher, 2005) aura résonné des vécus et ressentis des soignants durant la rude épreuve pandémique mondiale (Auriac-Slusarczyk, 2022) et fait écho à la réflexion de la convention citoyenne sur la fin de vie dont la genèse échappe au seul secteur du soin (Auriac-Slusarczyk, dans cet ouvrage ; Bouhours, dans cet ouvrage ; Berriau, dans cet ouvrage ; Bellachab *et al.*, dans cet ouvrage). Les soignants, impactés, touchés par les épisodes répétés de morts se sont heurtés à l'abord de deuils compliqués *diffracté(s)* par la massivité et la rapidité du mourir durant la Covid19. L'effraction du réel dans des pratiques rodées a sournoisement transformé peu ou prou le métier[3]. L'enquête SlaMOR [Soigner la

[1] *Cf.* « Que nous est-il permis d'espérer et comment nous est-il possible de l'apprivoiser, lorsqu'elle surgit concrètement dans nos vies ? Nous vivons dans une société où la réalité de la mort est désymbolisée et niée, pour ne pas dire dénuée de sens face aux mœurs et aux politiques actuelles, centrées autour du désir de repousser toujours plus loin les limites de la finitude humaine. » (4ème de couverture, Guitté-Verret et Malinowski-Charles, 2023).

[2] L'équipe engagée *via* le programme de recherche SlaMOR développé au laboratoire ACTé, Activité Connaissance Transmission Education, est coportée par trois laboratoires, ACTé, Préfics, 2LPN engageant trois maisons des Sciences de l'Homme, auvergnate, bretonne et lorraine. Le projet financé par le réseau national des MSH (RnMSHS) et le programme *Crises Sanitaires et Environnementales*, HS3pe-Crises (https://www.hs3pe-crises.fr/) repose sur une enquête principale conduite avec le partenariat médical local auvergnat : le CLCC et le CRCSLA. L'enquête s'étend à des entretiens spécifiques pour éclairer l'usage des directives anticipées par les soignants conduits par le laboratoire 2LPN de l'université de Lorraine.

[3] Nous remercions nos partenaires locaux clermontois pour avoir parié avec nous sur le bien-fondé d'un contraste potentielle de pratiques et de verbalisations entre la neurologie dégénérative, représentée par l'engagement du Dr Nathalie Guy dans le suivi de patients atteints de SLA, et l'oncologie pratiquée au sein du centre Jean Perrin par l'intermède de la directrice, Frédérique Penault-Llorca, sans lesquelles aucune enquête n'aurait démarré.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

mort] est arrivée dans ce contexte turbulent. Le lecteur doit considérer que l'enquête a risqué le dialogue sur le mourir, comme un imprévu qui a de fait prolongé le fond de souci sociétal pour le mortuaire, mais n'a pas voulu convoquer le morbide. L'enquête s'est résolument tournée aussi hors des sentiers battus des problématiques étudiées du deuil (Patriarca, 2022 ; Laflamme, 2020) ou du funéraire (Clavandier *et al.*, 2021). Souhaitant développer des capacités prudentielles (Delannoi, 1995) auprès des soignants, ce, quant à l'évolution de leurs pratiques, dans un contexte sociétal où le souhait de certains citoyens était de farouchement décider pour eux-mêmes une mort avancée (Auriac-Slusarczyk & Lassalas, 2020), au-delà des pratiques médicales peu connues et d'une jurisprudence limitante, telle qu'en place en 2022 (voir Rousset, dans cet ouvrage).

Forte de l'évidence d'un clivage entre l'encadrement palliatif destiné à se prémunir du trauma humain, pensé dévastateur si on laissait l'humain décider de s'annoncer à lui-même et ses proches les conditions de sa propre mort (Peyrat-Apicella & Sinanian, 2021 ; Peyrat-Apicella & Gautier, 2020), qui explique l'abord globalement compassionnel de la fin de vie du secteur palliatif (Kellehear, 2013), l'enquête a choisi de *faire fi* au débat improductif des partisans de tous bords (Fantoni & Saison, 2021[4]), par trop médiatique, cristallisant les avis à partir de la question insoluble des directives anticipées (Fournier, 2024 ; voir Saint-Dizier de Almeida et Kébir, dans cet ouvrage). Il fallait enquêter au cœur des lieux mêmes où survient le trépas, sans qu'il ne surgisse de manière innatendu : c'est notamment le cas à l'hôpital ou dans les secteurs préalablement et obligatoirement concernés. La cheffe de file du programme a résolument souhaité affronter le paradoxe du devoir mourir en termes de spécificité humaine (Scappatti, 2023 ; Horviller, 2022). S'entravant des obstacles législatifs français conjoncturels, il était temps de vouloir réconcilier les soignants avec les patients. Au lieu de l'expression *fin de vie*, c'est *la mort, le trépas, l'inéluctable, le partir* qui ont guidé l'enquête[5] (Auriac-Slusarczyk, et *al.*, 2025). Tel fut notre idéal. Alors pourquoi [SlaMOR] serait-elle une enquête *a priori* idéale ?

2 Théorie

2.1 Enquête idéologique sur le mourir ouverte par-delà la notion de deuil

La typologie des deuils, académique, est approchée par maints spécialistes (Bacqué, 2020 ; Laflamme, 2020). Ce secteur distingue, sans les opposer, les deuils ordinaires, traumatiques (Tordjman, 2019) et/ou compliqués (Fasse, 2023), discutés quant à leur aspect pathologique (Maciejewski & Prigerson. 2017). Sans porter atteinte à ces spécialistes ou à la catégorisation théorique minimale discutable de « deuil », on reprend ce que Vinciane Despret suggère, différemment, à savoir qu'on peut s'intéresser au deuil autrement que par l'intermédiaire de « *théories psychologiques [qui] enjoignent à l'oubli* » sous une « *forme autoritaire* » (Despret, 2023) : les morts agissent, encore et

[4] *Cf.* L'équipe de recherche du projet Ac- SOI-VIE (Accompagnement de la fin de vie : regards croisés des patients et des soignants) a partagé de nouvelles réflexions sur la thématique de l'accompagnement de la fin de vie et de son appropriation par les professionnels de santé.

[5] Nous remercions pour leur contribution Hélène Maire, Antonietta Specogna, Yasmina Kebir et Valérie Saint-Dizier de Almeida pour le laboratoire 2LPN et Frédéric Pugnière-Saavedra, Nathalie Garric et Abdelhadi Bellachhab pour le laboratoire Préfics.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

effectivement après leur trépas. Ces derniers transforment l'image puissante des *traumatismes, inconforts et rituels sociaux* vécus/subis par les vivants, ces derniers errant un moment, esseulés, perdus, déroutés, mais hautement concernés (Auriac-Slusarczyk et *al.*, 2023 ; Auriac-Slusarczyk, 2022). Mais pas uniquement. Les morts œuvrent, poursuivent, vivent chez les vivants : il y a quelque chose de vivace dans la mort que les représentations, verbalisées, émotionnelles retranscrivent. Cela revêt l'obligation d'examiner de près ce que le trépas déclenche quasi idéologiquement, quasiment sans conscience, en évitant les préjugés comme l'euphémisme, sans prédéfinir ni la *mort,* ni le *mortel* pour en parler.

Cela étant, tout interview manipule, et nous tenons déjà pour acquis qu'une question comme « la *belle* mort » (Auriac-Slusarczyk, et *al.*, 2025) force la production de représentations singulières chez les soignants. De même, les ressentis des soignants, par fonctions interposées, infirmiers, médecins, aides-soignants, indiquent l'accordement aux situations vécues mais aussi à l'idéologie professionnelle (Kébir, 2022). On sait, par ailleurs, que les situations particulièrement perturbantes, celle de mort vécue en pédiatrie (voir Cotte-Raffour *et al.*, dans cet ouvrage) à l'origine même du développement éthique palliatif, convoquent des réflexions sur l'amélioration professionnelle retenant l'émotion comme piste ou clef de transformation (Perifano et Laurend, 2021). Ainsi, par-delà la thématique du deuil, elle aussi assez confuse, cachée, refusée par l'occident, aborder le thanatique reste plus efficace (Bacqué et Hanus, 2023[6]), et on sait que projeter la réflexion sur le mourir, à partir de *doxa* subversive (*belle* ou *bonne* mort) engage à des verbalisations prolixes, variées, situées selon les services concernés ; c'est au point de faire douter qu'un saut générationnel existe, en comparant des propos visualisées « *plutôt dans la bouche des mamies de 90 ans* », selon un oncologue et les paroles de soignants plus modernes telles que les rapporte un neurologue : « *je sais pas s'il y a une belle façon, de bonnes façons de mourir : la mort reste la mort […] le passage lui-même de la mort, on sait pas ce qui est vécu à ce moment-là hein* ? » (Bellachhab *et al.*, 2025). L'étude des verbalisations d'acteurs dépassent en ce sens la détermination de l'effet de la parole, qui ne peut, en l'occurrence se résumer ou se résoudre dans un référentiel, d'époque, de genre, de statut, de métier, fut-il dédié à une spécialisation, l'oncologie, pour exemple (Hergaud *et al.*, 2022)

2.2 Enquête sur les métiers des soignants par la verbalisation

Enquêter dans les métiers de l'humain impose des méthodes en complexité (Albero & Thievenaz, 2022) , resserrées sur un objectif central : pour nous, la focale de la médecine et sa transformation. L'inter- et la pluri- disciplinarité ont présidé aux choix d'une approche de théorie ancrée pour tenter de dépasser la stérilité disciplinaire (Guillemette, 2006 ; Garreau & Bandeira-De-Mello, 2020). L'enracinement sur le terrain visait l'étude des relations humaines, la description (Delgoulet, 2024) pour une étude de la dialogie en train de se faire (Laurens, 2011 ; Trognon, 2003). Seule une

[6]Bacqué et Hanus indiquent : « S'il est un thème d'actualité, le deuil est aussi le plus caché, le plus refusé par les sociétés occidentales. Jadis, il donnait lieu à de nombreuses manifestations, et la mort était vécue comme une fatalité. Un pâle retour de la réflexion sur la mort et le deuil se dessine cependant aujourd'hui. Aux États-Unis, un champ entier de la psychiatrie est consacré à ses conséquences, tandis que la thanatologie – étude de la mort et du mourir – a une place bien définie dans la plupart des pays développés. », 2023, page 11.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

enquête portant sur l'intériorité (Cifali, 2022) pouvait tenter de démêler l'écheveau des pratiques, et le langage a servi de données d'appui : l'étude du discours dégage toujours ce qui fait le sensible (Garric *et al.*, 2022a), et chaque laboratoire, chercheur engagé dans [SlaMOR] s'est contraint à entrer par les mots, ce que la neurologie a déjà consacré de manière productive (Le Forestier, 2014 ; 2022[7]). En matière de soin, celui prodigué par les employés médicaux, dont ceux des secteurs hospitaliers, revient à projeter, vérifier pour certains, s'il peut y avoir stabilisation ou déstabilisation de l'engagement professionnel (Robert et Vandenbergh, 2024), vers une marge de progressivité professionnelle des soignants (Broussal & Saint-Jean) : or, les secteurs neurologique, oncologique et palliatif (au coeur de l'enquête [SlaMOR]) n'accordent pas le même poids à leur engagement professionnnel, favorisant soit la continuité soit la recherche d'alternative, dès lors, pour exemple, que la notion de « souffrance » intervient : les équilibres, liés aux fonctions occupées comme aux objectifs de service, se distinguent (Lerond-Caussin *et al.*, 2024). Le programme [SlaMOR] a pu tirer profit de cet aspect, qui indiquait une divergence dans les soins tels qu'ils s'abordent en neurologie, oncologie ou soins palliatifs.

Vérifier de manière managériale si les ressources hospitalières, en matière de changement des pratiques, existent, achoppent sur l'extraction de savoirs disparates sur le mourir. On a pu démontrer le piétinement d'au moins trente années de tergiversations et recoupement : un colloque international/pluridisciplinaire récent[8] relaie une manifestation ancienne[9] qui indiquait, il y a trois décennies déjà, que *« l'écrasante majorité », mourait déjà « dans un lit à l'hôpital », « loin de sa famille » et que « les pratiques qui émergent et les paroles qui se disent » objectivent refoulement, tabou, déliaison sociétale nécessitant des travaux de recherche* (Montandon-Binet & Montandon, 1993, avant-propos, p. 7). Or, on sait que la société savante en éthique saisit le citoyen en otage, sur la question du « soin » à la mort, au seul regard de titres mêlant éthique et polémiques (Hirsch, 2024 ; Fournier, 2024). Que la polémique subsiste parait évidente, dans un pays où la législation n'admet pas encore le thanatique[10], ce qui conduit à ce que le terme de « soin » capture les esprits. Certains sont rétifs à envisager de « soigner » la mort, d'autres le revendiquent.

La langue, portant en elle l'altérité (Lebrun & Malinconi, 2015), l'étude des paroles révélant toujours un rapport de places (Kerbrat-Orrechioni, 1984, 1988), où rôles et pouvoirs accomplissent à chaque fois une relation contextualisée, datée, il s'agit aujourd'hui, de poursuivre l'effort d'une réconciliation avec l'emploi du mot « la mort » (Mao, 2023). En parler, c'est apprivoiser l'émergence de représentations utiles : *« [le] simple fait de parler de la mort, de l'après, permet de mettre en place dans l'esprit des représentations, ce qui est moins angoissant que de n'en avoir aucune »* (Dudoit,

[7]Nous remercions le Dr Nathalie Guy qui a tôt pointé cette référence entre neurologie et linguistique.

[8]titré *La mort, et si on s'éduquait ?* en 2023, https://diflamor.sciencesconf.org, organisé par l'Université Clermont-Auvergne, désormais Clermont Auvergne Université, avec le financement et le soutien des Maisons des Sciences de l'Homme et tente le rapprochement soignants-citoyens-chercheurs en sciences humaines et sociales.

[9]titré *Savoir mourir*, le colloque en question était organisé par « le département Santé & Société de l'université Paris-Val-de-Marne et par l'équipe de recherches sur les traités de savoir-vivre en Europe du CRLMC de l'Université Blaise Pascal, tenu les 21-22-23 mai 1992 »

[10]La récente adoption d'un article sur la tarnsformation de la loi sur l'aide à mourir en France au 20 mai laisse présager d'une évolution

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

in Patriarca, 2022, p. 23). L'une des représentations utiles à interroger est alors celle qui voudrait associer la mort à une forme d'idéal, d'idéalisation : la *belle* mort, dont certains ont pu dire qu'un idéal la décrirait comme une extinction sereine : « *quand les gens, ils sont sereins, qu'ils sont confortables, qui s'éteignent tout doucement* » (Bellachhab *et al.*, 2025). Peut-on véritablement suivre cet idéal, de fait peu partagé, si l'on en croit les débats politiques, médiatiques ? Pour appréhender cet idéal, sans qu'on envisage que ce dernier soit en passe de devenir un régulateur sociétal, le champ émotionnel, les ressentis positifs, négatifs, neutres, parait une voie scientifiquement fructueuse. Les soignants sont-ils impassibles ?

2.3 Le registre émotionnel en question en secteurs ciblés de « soin »

L'alliance médecine-SHS[11] (Lefève *et al.*,2020) permet d'étudier les discours situés à l'hôpital (Blasco, 2022 ; Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2022). Dans ce cadre, certains constatent la production d'émotions négatives qui ressortent des discours de soignants abordant le mourir (Kebir, 2022 ; Kebir & Saint-Dizier de Almeida, 2024), nécessitant pour les étudiants en médecine de se méfier de cette négativité (Foley et Saraga, 2021), ou bien empêchant la verbalisation de type spirituel (Foley, 2006). Une dimension d'éthique professionnelle configure les ressentis posés sur le mourir (Borgeaud, 2008). Le tabou entrave, et parfois, les mots, même, s'évitent (Erard, 2021) dans la relation en consultation clinique (Lebas-Fraczak, 2020).

On sait, par ailleurs, que le secteur palliatif entretient un rapport spirituel sacré à la vie (Foley, 2006), entravant de fait sa verbalisation. Il ne s'agit pas d'évoquer une émotivité face à la mort, mais bien de reconnaître une armature, forgée au fil des expériences, qui se transmue en véritable trait d'affectivité reconnaissable : on pense souvent protecteur le refus de démission, liée à une affectivité professionnelle stable, aux effets d'engagements professionnels jugés positifs (Robert et Vandenbergh, 2024) : en ce sens, les soins palliatifs restent très attachés à leur spécialisation professionnelle, ce qui peut expliquer la distorsion étudiée de leurs discours et représentations sur la souffrance (*cf.* Lerond-Caussin et *al.*, 2025, op. cit), mais aussi pourrait aider à concevoir le besoin de protéger et étendre la spécialité palliative, tel que retrouvé clairement dans le manifeste des 184 citoyens de la convention citoyenne sur la fin de vie (Auriac-Slusarczyk, dans cet ouvrage).

L'oncologie et la neurologie, notamment dégénérative pour cette dernière (Le Forestier, 2014, 2022) disposent de représentations idéologiquement moins consensuelles que celles des soins palliatifs. L'oncologie reste encore assez dépendante des caractéristiques dépeintes pour la phase de deuil vécu par les proches (Herhaud et *al.*, 2022, voir plus haut). Cependant, la dérive potentielle d'un souci légitime à accorder aux aidants (Garric *et al.*, 2022a), survivants suite au trépas d'autrui, ne doit pas oblitérer l'effectivité des ressentis des équipes médicales, au moment même du trépas, qui puisqu'ils ne seront pas endeuillés autant que des proches, devraient afficher les caractéristiques émotionnelles classiques : positives ou négatives, voire neutres.

Les émotions positives et négatives font l'objet d'études classiques, qui mesurent une polarité qui sert de repère, les émotions plus neutres et l'impassibilité restant moins

[11] Sciences Humaines et Sociales

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

fréquentes bien que pourtant présentes dans les discours (Piolat et Bannour, 2009). L'étude des émotions à partir du langage s'est outillée (Tropes[12], issu des travaux en psychologie, voir Ghiglione *et al.*, 1995 ; Ghiglione et Blanchet, 1991 ; ÉmoTAIX, voir Piolat, 1999 ; Piolat et Bannour, 2009), et augure de mesures permettant aisément la comparaison à partir d'une masse de discours suffisante. L'un (dictionnaire émotionnel d'ÉmotAIX) et l'autre (Scénarii extraits automatiquement de Tropes) engagent à pouvoir étudier ce que les discours renferment, quant à la verbalisation confrontée à la mort, pour dégager les proportions et termes d'impassibilité (*synonymes : calme, fermé, figé, flegmatique, froid, glacé, glacial, immobile, immuable, impénétrable, imperturbable, indifférent, inébranlable, inexpressif, patient, placide, résigné, stoïque*), et de sang-froid représentant la « maitrise de soi » (*synonymes : aplomb, assurance, calme, flegme, impassibilité, imperturbabilité, maîtrise, paix, placidité, sérénité*). Il peut être rappelé que pour le sang-froid « *au sens littéral, il y a bien l'évocation et l'épreuve sensorielle d'une réalité physiologique, celle d'un corps d'où la vie s'est retirée. Au sens figuré, il y a une claire allusion à la maîtrise de l'émotion qu'exigent le suivi et le traitement (découverte, analyse, enquête) d'affaires troublant le cours paisible des choses, rompant avec la norme quelle qu'elle soit.* » (Travers de Faultier, 2017). De la médecine légale à la criminologie, la notion de sang-froid reste somme toute ambivalente. Attend-t-on des soignants qu'ils fassent preuve, ou fassent l'épreuve du sang froid ? En seraient-ils jugés plus ou moins professionnels ? Quid de leur statut de citoyen, en-deçà de leur posture professionnelle ?

Pour conclure, ce qui nous parait mettre l'accent sur une forme d'idéal poursuivi par l'enquête [SlaMOR], est ce qui touche à pouvoir concilier la mort, terrible par essence, avec son approche sous un sceau potentiel de sérénité pour la vivre ; citons : « *si la réalité physique de la mort détruit l'homme, l'idée de la mort peut le sauver* » écrit un psychanalyste accompagnant son épouse en phase terminale d'un cancer (Yalom, in Guitté-Verret et Malinowsli-Charles, 2023, p. 12). Parce que les disparus sont confiés aux thanatopracteurs (Verbugt & Caron, 2019), même les espaces *mortuaires*, faits pour voir en vrai le mort, conduisent à *peut-être* éviter ce qui rassurerait. Fin ou finitude (Cherblanc et Fawer Caputo, 2024) ne sont pas équivalents. Or, l'idée d'une forme de sérénité du repos *humain* impose d'envisager au moins « *cette perspective [où] l'être humain ne peut donner de sens à son existence que dans la mesure où il prend conscience de la mort et de la finitude* » (Guitté-Verret et Malinowski-Charles, 2023, p. 12). Se peut-il que la prise de conscience soit unifiée : mort et finitude, de concert, agissant vers l'apaisement ? Ou y a-il nécessairement une fracture affective négative dans l'effraction que la mort impose au réél, quand la finitude reste, pour beaucoup sans doute (voir Bouhours, dans cet ouvrage), une donnée utile pour penser nos vies ? Comment des soignants, et s'ils le font, convoquent-ils leurs émotions face à leur vécu renouvelé des trépas ?

[12]Voir François Jarraud, 2022 pour une présentation récente et vulgarisée qui exploite ce logiciel comme service auprès des éducateurs. Regards croisés sur un logiciel pluridisciplinaire : tropes. https://cafepedagogique.net/2022/03/25/regards-croises-sur-un-logiciel-pluridisciplinaire-tropes/, 25 mars 2022

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

3 Méthodologie : enquête, données, traitement

3.1 Structuration de l'enquête

Deux terrains principaux, représentés par nos partenaires, furent initialement engagés pour démarrer l'enquête [SlaMOR] afin d'étudier une temporalité, prédéfinie *a priori* contrastée : le terrain de l'oncologie, où le décès jamais annoncé au départ reste en suspens sans certitude, et celui de la neurologie dégénérative, représentée par la sclérose latérale amyotrophique (SLA), où le trépas certain face à l'absence actuelle de traitements, reste suspendu à la seule incertitude du délai précédent le mourir. L'écart entre ces deux secteurs augurait de vérifier comment le métier s'accommodait de la technicité médicale croissante (Jean-Dit-Pannel & Thomas, 2019). L'introduction du secteur palliatif admettait, par contraste, une forme d'acharnement au vivant et une culture compassionnelle érigée depuis les années 80 dans les services palliatifs (Kellehar, 2013), restant pour l'heure, de plus, insatisfaits (Hirsch, 2019), car plane l'insatisfaction manifestée des soignants sur la notion, pourtant législativement admise, d'arrêt possible de traitements (Basset, 2016). Les discours correspondant à plusieurs fonctions de soignants (*infirmiers, aides-soignants, cadre de santé, psychologues, médecins*, voir Auriac-Slusarczyk *et al.*, 2025) furent sollicités, eu égard, notamment à l'écart de vue distanciant, pour exemple infirmiers et médecins lors des réunions éthiques statuant sur l'ajustement des traitements, en fin de vie *via* l'interprétation délicate ou impossible des directives anticipées (Sagot & Bonin, 2019).

3.2 Hypothèse générale

Les discours de l'enquête [SlaMOR] ont déjà fait l'objet de premiers travaux (Auriac-Slusarczyk, Smirdec et Vincent, 2025 ; Lerond-Caussin et Julier-Costes, 2025 ; Bellachhab et *al.*, 2025, Leron-Caussin et *al.*, 2025). Ils illustrent les orientations thématiques de propos contrastés entre services et fonctions. Notre actuelle hypothèse générale pose, en complément, que la singularité des propos recueillis produit des extraits de discours, éventuellement plus isolés, particuliers. Nous avons fait l'hypothèse que des dires saillants oscilleraient entre *aide à mourir* et *fin* du vivant, tant l'optique législative rapproche, *via* la notion de sédation, le sommeil profond et le repos du mort. Nous devrions notamment dans nos données discursives, la marque de spécificité spirituelle des soins palliatifs (*cf.* notre cadre théorique ci-dessus).

3.3 Hypothèses spécifiques concernant les ressentis émotionnels

Le contraste entre secteurs-services (oncologie, neurologie, soins palliatifs) oriente nos hypothèses : a) l'usage du logiciel TROPES permet de cibler la répartition des émotions positives, négatives, non-spécifiées (*cf.* Auriac-Slusarczyk et Delsart, 2022), b) l'extraction d'épisodes interlocutoires (*cf.* Delsart & Auriac-Slusarczyk, 2020) peut mettre l'accent sur la spécificité des services, l'oncologie paraissant à cet égard un secteur peut-être plus neutre que la neurologie dégénérative à pronosctic vital engagé et/ou les soins palliatifs ajustés à maintenir un confort de vie le plus longtemps possible.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

HYP1 : Le contraste neurologie-oncologie engage *a priori* un processus vital différent (certain *versus* incertain) ce qui différencie significativement les émotions lexicales typiques (positives, négatives, non-spécifiées) verbalisées par les soignants.

HYP2 : Une gradation émotionnelle lexicale décrit un rapport émotionnel à la mort graduellement *positif à négatif*, entre respectivement la neurologie, l'oncologie puis les soins palliatifs dont le rapport sacré spirituel protégé à la vie diffère de l'oncologie, au delà de l'incertitude sur les modalités de la fin sur ces deux secteurs.

3.4 Données d'appuis : double champ

Nous présentons deux types de données, qui n'épuisent évidemment pas les acquis de l'enquête, qui trouvent par ailleurs, comme signalé (*cf.* Auriac-Slusarczyk, Smirdec et Vincent, 2025), des extensions publiées (Bellachhab, *et al.*, 2024, Garric *et al.*, dans cet ouvrage ; Saint-Dizier de Almeida & Kebir, dans cet ouvrage). En premier lieu, 37 entretiens retranscrits composent la partie centrale de l'enquête [SlaMOR] visant à étudier les perceptions et ressentis face au trépas de plusieurs catégories de soignants (tab. 1, ci-dessous), à partir d'entretiens conduits par deux enquêteurs. Les sujets interviewés sont médecins, infirmiers, aides-soignants. Ces 37 entretiens d'une heure et demi en moyenne servent de données générales. Le lecteur trouvera la grille d'entretien dans l'ouvrage principal (Auriac-Slusarczyk, Smirdec et Vincent, 2025).

Tab. 1 : Répartition des entretiens en fonction du genre des interviewers/interviewés, des catégories professionnelles des intervieweurs/interviewés et des services d'appartenance des interviewés.

Catégories Interviewers/ Interviewés	Total Interviewés	Interviewé par homme sociologue	Interviewé par femme psychologue sociale	Interviewé en service neurologie	Interviewé en service oncologie	Interviewé en secteur/ service palliatif	Interviewé Homme	Interviewé Femme
Médecins	**12**	**7**	**5**	**4**	**5**	**3**	**2**	**10**
Cadres santé	**3**	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**1**	**2**
Aides-soignants	**8**	**2**	**6**	**0**	**3**	**4 +1 mixte**	**1**	**7**
Infirmières	**14**	**9**	**5**	**3**	**6**	**4 +1 USPM**	**5**	**9**
Total	37	20	17	7	15	13+2	9	28

En second temps, l'ensemble de ces entretiens a donné lieu à une étude des valences émotionnelles des discours. On a fait l'hypothèse progressive d'une effective gradation émotionnelle dans les discours des soignants sur le mourir, où l'oncologie peut être comparée à la neurologie et aux soins palliatifs. Contrairement à des échelles déclaratives (ex : Thompson, 2007 ; Vandenbergh, 2018) qui font rapporter aux interviewé leur niveau d'affectivité positive (« inspiré ») ou négative (« inquiet ») qui en ce sens renforce la congruence des émotions citées avec la fonction professionnelle, l'extraction du lexique émotionnel récupère tous les épisodes interlocutoires consignant une valence émotionnelle, sa nature (propre, spécifique) (tab. 2, ci-dessous). Notre fouille centrée sur le lexique émotionnel descend en généralité, quitte à prendre le risque de moindre significativité. L'outil de fouille [tropes ÉmotAIX] n'est pas destiné à favoriser des mesures (validité, tendances statistiques, hypothèses) mais à engager des

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

orientations qualitatives : nous avons toutefois pratiqué des statistiques descriptives et inférentielles classiques, pour typifier des impressions ajustées à notre échantllon, dans la mesure où nous disposions de données chiffrées.

Tab. 2 : Répartition générale détaillée des items émotionnels lexicaux (valence, spécificité, nature, type), selon les services et les fonctions professionnelles. Légende. Les types d'émotions (figurées et propres) sont détaillées, pour information, en mode grisé.

Corpus/emplois émotionnels	Total lexique émotionnel	Emploi non spécifique	Emploi non spécifique	Emploi à valence négative	Emploi à valence positive	Mention de Sang froid	Surprise	Impassibilité
		figurés	propres	Totalité	Totalité			
1. 03-07 ONCO IDE	581	101	42	222	256	28	0	0
2. 03-18 SP CADR	855	163	47	344	320	25	8	20
3. 03-23 ONCO MED	274	22	19	101	128	20	4	0
4. 03-24 ONCO IDE	687	92	56	218	308	55	12	0
5. 03-28 ONCO MED	428	41	22	171	190	27	4	0
6. 03-30 SP IDE	465	81	27	154	199	23	4	0
7. 04-04 ONCO MED	458	38	41	172	201	20	6	0
8. 04-07 ONCO IDE	611	51	33	258	261	33	6	0
9. 04-07 SP MED	439	51	13	170	195	21	9	0
10. 04-11 SP IDE	935	130	91	349	340	28	23	0
11. 04-12 NEURO MED	518	36	31	230	218	23	0	0
12. 04-22 ONCO AS	399	75	32	93	194	25	5	0
13. 04-25 ONCO IDE	456	44	48	151	198	32	13	0
14. 04-25 SP AS	454	34	51	195	171	24	0	0
15. 04-27 NEURO MED	799	93	49	301	333	34	18	5
16. 05-02 SP CADR	241	29	20	88	94	10	9	0
17. 05-04 SP IDE	421	44	36	142	193	0	3	3
18. 05-05 NEURO IDE	456	63	39	165	180	22	7	0
19. 05-25 NEURO IDE	242	15	26	87	112	19	0	0
20. 05-30 ONCO IDE	409	37	37	135	196	41	4	0
21. 06-02 ONCO AS	886	113	59	403	284	46	26	0
22. 06-09 SP MED CB	449	48	34	160	203	15	4	0
23. 06-09 SP MED KL	347	36	15	150	142	13	4	0
24. 06-10 SP IDE	782	77	50	336	312	22	7	0
25. 07-07 ONCO CADR	507	51	33	176	239	22	7	0
26. 07-07 ONCO IDE	256	26	18	65	144	23	3	0
27. 07-20 ONCO AS	645	68	47	288	219	13	14	9
28. 07-21 SP IDE	566	89	36	232	201	8	7	0
29. 08-08 SP MED	635	77	73	246	231	25	7	0
30. 08-10 ONCO MED	438	45	20	199	166	13	8	0
31. 08-17 ONCO/SP/NEURO AS	216	21	13	94	80	6	8	0
32. 008-18 SP AS	274	35	38	100	101	17	0	0
33. 08-19 SP AS	306	62	21	115	105	7	0	0
34. 10-06 SP AS	476	40	30	252	150	25	0	0
35. 10-07 NEURO IDE	206	25	14	77	87	11	0	0
36. 11-04 NEURO MED	471	41	48	177	201	16	4	0
37. 11-16 NEURO MED	426	35	16	169	204	36	0	0

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

4 Étude des discours produits

En concordance avec notre hypothèse générale, nous illustrerons, avec exemplaires illustratifs à la clefs, ce que révèle l'enquête [SlaMOR], sans besoin d'une fouille ordonnée : la lecture experte du corpus de 670 000 mots produits dans les interviews (Delsart et Corman, 2025 ; Lerond-Caussin et Julier-Costes, 2025) cible l'abord de la mort sous nombre d'anecdotes emblématiques. Nous avons sélectionné pour les exploiter trois traits issus de ces coulisses du discours ; non représentatifs de l'ensemble des soignants, ils visent à montrer le caractère autentique et ancré de l'enquête menée. On peut, au fil des échanges, révéler les jeux semi-conscients, conscients ou inconscients sur les mots, où la mort et le repos s'échangent leurs représentations (ex : extrait 1), tant mort et sommeil alimentent des représentations esthétisant la mort (ex : extraits 2 et 3), où la crudité du processus de sédation choisie comme solution législative française reste paradoxalement sous-jacente à toute *belle* mort (ex : extrait 4) protocolisée en soins palliatifs. Enfin, quand un médecin neurologue conte son anecdote (ex : extrait 7), c'est encore une impossible déliaison médecin-famille de médecin capture le citoyen et le soignant, en ressentis, souvenirs et certitude sur ce qu'il *fallait*, *faudrait* ou *faudra* faire en matière de mourir : or, les mots le disent, c'est bizarre. Le goût reste amer.

4.1 Dénommer des lieux : glissement du « mortuaire » au « reposoir »

Un enchaînement interlocutoire déploie un jeu de dialogue (*cf.* Trognon, 2003) tel, qu'il a fait l'objet de notre attention (Extrait 1).

> I1. intervieweur sociologue : – D'accord et est-ce que vous savez comment s'organise le départ du corps ou est ce qu'il va qui prend en charge, *et cetera* ?
>
> I2. *Agent hospitalier oncologie* : – Honnêtement, ça chez nous […] on a quatre places à la… à la morgue qu'on appelle pas la morgue, qu'on appelle le dépositoire. C'est très joli comme terme […]
>
> I3. intervieweur sociologue : – Et quand *vous dites* "c'est très joli", c'est c'est ironique… ?
>
> I4. *Agent hospitalier oncologie* : – Oui, je sais pas, dépositoire c'est. ouais je sais pas, je trouve ça, je trouve ça vil comme mot, mais bon enfin ça veut peut être bien dire juste ce que ça veut dire, je sais pas, peut-être que morgue c'est peut être comme tout un tas de terminologies ça fait peut être peur… morgue. enfin bon donc en tout cas
>
> I5. *Agent hospitalier oncologie* : – Avant ça s'appelait plutôt chambre mortuaire, mais je crois que maintenant c'est dépositoire qu'on dit chez chez nous. *Enfin bon* pour le coup, oui chambre mortuaire c'est mieux. C'est *moins vilain* que dépositoire *je trouve.*
>
> I6. intervieweur sociologue : – Ok, mais vous connaissez les gens qui s'en occupent ?
>
> I7. *Agent hospitalier oncologie* : – Non

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

I8. intervieweur sociologue – Et vous êtes déjà *descendu* dans ces *reposoirs* ou… ?

Extrait 1.- enquête SlaMOR

C'est l'intervieweur qui condense, au final, les reprises de dénomination, quand l'état du corps évoque la mort : « morge », « chambre mortuaire », « dépositoire » et finalement , « reposoir ». Bien connu des psychologues sociaux, le sens s'échafaude interactionellement, et la construction interlocutoire de ces dénominations, explicitement ressenties, en termes de terminologies dérangeantes (« ça fait peut-être peur »), à dépasser (« enfin bon donc en tout cas ») construit progressivement cette figure du « repos ». Chacun reconnaitra derrière ce jeu de langage, la réapparition du sommeil, éternel, comme figure de (ré)conciliation. La mort gagne le statut de repos, les *mouroirs* deviennent des *reposoirs*.

4.2 Mort classe ou protocolisée : *par-delà* ou *grâce à* l'esthétisation suggérée

Corroborant l'une des études à partir de ces mêmes données sur l'emploi du terme souffrance (*cf.* Lerond-Caussin *et al.*, 2025), mais aussi sur l'effet d'une question verbalisant l'esthétique possible du *mourir* sous l'expression « belle » mort (*cf.* Delsart et Corman, 2025), la représentation distancée, idéalisée de la mort ressort sous l'expression d'une « mort classe », évoquée par un cadre santé en oncologie (extrait 2), sans l'associer à une sérénité : mourir sans violence (*cf.* Courtas, 1993). Ce n'est pas la *doxa* hospitalière correspondant à l'emploi du terme « mort » qui est relayée, ni une mort décidée ou médicale (*cf.* Abdelhadi, et *al.*, 2025). Ce qui est *classe*, c'est ceci : s'endormir, naturellement. L'hospitalier va chercher sa représentation dans sa propre idéalisation, dégagée du souci sanitaire. Or, cette idéalisation est à la fois combattue par certains soignants (extrait 3 « pas sympa la mort , « à l'hôpital »), saisie d'ambivalence, en se déprenant de toute moralité (« belle » oui, « bonne », non ; extrait 4 : « ça dépend de quel point de vue »), ou encore ravalée à une mort réaliste, très protocolisée, médicalisée, vécue et rapportée par les acteurs de soins palliatifs (extrait 5).

Cadre santé oncologie : – […]5h du matin, vous vous réveillez, vous êtes fatigué, vous dites à votre femme que vous êtes fatigué. Et puis ben vous vous endormez dans votre lit enfin… C'est pas mal. Je vous trouve que c'est classe moi…(rire)

intervieweur psychologue sociale : – tranquille

Cadre santé oncologie : – Bah c'est… non, je trouve que c'est classe

intervieweur psychologue sociale : – Ouais.

Extrait 2.- enquête SlaMOR

Infirmier d'État. Neurologie. – Une belle mort à l'hôpital, je sais pas. Euh…une belle mort à l'hôpital… Non, je dirais pas qu'elle est belle dans tous les cas, la mort à l'hôpital […] à l'hôpital ? Pas très sympa quand même.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Extrait 3.- enquête SlaMOR

intervieweur psychologue sociale : – […] on parle souvent de la belle mort, de la bonne mort, qu'est-ce que t'en penses ? Qu'est-ce que ça t'évoque ?

Cadre de santé oncologie : – Ça dépend de quel point de vue (sourire). Mon père est décédé il y a 4 ans, il est mort chez lui, il est, il a dit à ma mère… Louise, je suis fatigué. Bah repose toi mon chéri…Il s'est allongé, il est décédé. Pour moi, c'est une belle mort. Pour ma mère, c'était atroce parce que c'était très très subi, mais mais, mais après, quand on en discutait avec maman… Elle en convient que pour son mari, mon père, c'était une belle mort, parce que ben il a quatre-vingts ans. Certes, il était coronarien, opéré multiple de multitude fois, mais… […] Euh…du coup. Il y a une belle mort. La bonne mort ? pfff… J'aime pas le mot bonne déjà, j'aime pas le mot, non j'aime, j'aime pas le mot, j'aime pas le mot bonne, donc belle mort et je je pense qu'il y a il en existe oui.

Extrait 4.- enquête SlaMOR

intervieweur sociologue : – Donc nous ouais donc le médicament ne fait qu'apaiser les douleurs et l'active, pas le processus.

Aide -soignante soins palliatifs : – Non, alors non, nous pour nous, on fait vraiment les choses, alors c'est l'hypnovel c'est à visée anxiolyse. Si vraiment la personne est est angoissée et donc on a des des protocoles. Et puis si vraiment c'est pour une sédation il y a une concertation pluridisciplinaire entre tout le monde et on voit le docteur nous dit voilà, je veux que la personne ça passe « point 3 » donc ça veut dire qu'elle dort mais qu'elle est réveillable, passe « point 5 » c'est pas bon faut pas que la personne se réveille parce que c'est trop inconfortable, faut qu'elle dort tout le temps, mais voilà, c'est pas des doses mortelles.

Extrait 5.- enquête SlaMOR

La divergence de vécus des soignants reste évidente, si l'on compare ces extraits descriptifs quant à la représentation en train de se faire (*cf.* Delgoulet, 2024) en discours. Sans pouvoir l'associer à un secteur particulier, sauf pour les soins palliatifs bénéficiant d'un protocole et d'un jargon qui couvrent la scène (*cf.* extrait 5), l'ambivalence entre la normalité du sommeil et le repos éternel ne cesse de refaire surface. Infantile (*cf.* Labrelle, 2023) ? De fait la *belle* mort est parfois totalement déniée (extrait 6 : « y a pas de belle mort », « je vois pas »). Dans ce déni, porté par ce personnel aide-soignant, le refus d'esthétisation dépasse le clivage vie-mort, mais aussi refuse tout embellissement (« beau cercueil, bel enterrement, belles fleurs ») ; ce faisant, il pousse vers un reniement du rituel social du deuil, pourtant humainement nécessaire (*cf.* Bacqué, 2020 ; Laflamme, 2020 ; Tordjman, 2019 ; Fasse, 2023). La représentation, scandée, répétée (« il y a pas »), comme un quasi-mantra, démontre l'acharnement qui pourrait se rapprocher d'une pathologisation du deuil même (*cf.* Maciejewski & Prigerson. 201 : car, la mort n'est pas bien vécue.

Aide-soignante hospitalière : Y a pas de *belle* mort, il y a pas de *bonne* mort, c'est juste un par avance. C'est aussi donc ça, c'est… y a pas de belle

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> mort. Il y a pas de belle vie ou de mauvaise vie, […] Y a pas de belle vie. Il y a la vie et y à la mort, c'est tout, mais y a pas de bon et de mauvaise vie, comme il y a pas de bonne et une mauvaise mort. Non, non, non, je vois pas. Ce mot n'a rien à faire dans dans notre dictionnaire. Y a pas de belle vie. […] chacun a une histoire de vie, avec des moments positifs, des moments négatifs, des tragédies, des bonnes choses. […] y a tout un cycle, mais y a pas de belle mort ni de mauvaise mort. Sur quoi on peut se baser ? Y a de définition d'une belle mort, c'est quoi une belle mort ? un beau cercueil, des belles fleurs, un bel enterrement ? non, je vois pas, il y a la mort qui arrive, qui est inéluctable, […] y a pas… […] peut être que pour eux, ça les rassure… de savoir qu'il y a peut-être une belle mort, tu vois ? […] Il y a la mort, si nous, en tant que soignants, on a fait notre travail comme il faut, que la personne n'a pas souffert, qu'on a pu répondre à ses demandes, qu'on a pu l'entourer, et ben voilà, on a bien travaillé, mais c'est pas pour ça qu'on lui a donné une belle mort ou une mauvaise mort, après je…
>
> Extrait 6.- enquête SlaMOR

Ainsi, provoquer une libération de la parole, à partir de la notion de *belle* mort (Auriac et *al.*, 2025 ; Lerond-Caussin et Julier-Costes, 2025) force à des modalités discusives, des modalisations différenciées, qui prouvent que passer de la mort au mourir (le trépas) déploie ce que certains nomme une représentation cinétique, brossant un *tableau* d'expressions : *fin de vie, mort, belle mort, bonne mort, chambre mortuaire, la mort de x* (*cf.* Bellachab et *al.*, 2025). S'interroger sur le mourir oblige à passer par toutes les couleurs (voir Auriac-Slusarczyk, dans l'introduction de cet ouvrage). L'enquête [SlaMOR] déniche ces variations.

4.3 Histoire de mort : bizarre quand même

Si l'on vit avec nos morts (*cf.* Horvilleur, 2021), le souvenir des patients rencontrés, suivis, construit la mémoire du soignant, pris en étau entre sa propre filiation familiale (fils de, père de) et sa posture sanitaire : l'effroi (« ça » freudien qui émerge des propos, extrait 7) emblématise l'innommable des praticiens palliatifs, qui réfèrent sans cesse la finitude aux principes interprétatifs issus de la psychanalyse, évoquant subjectivation et symbolisation (*cf.* Peyrat-Apicella et Gautier, 2020). Le souvenir d'une SLA qui emporte l'enfant d'un confrère, double professionnel de soi qui dénie, « attache » (« ça attachait du coup ») le neurologue à l'impossible geste ou issue sanitaire (« on ne faisait rien »).

> *Médecin neurologue* : – […] je me disais, avec cette histoire-là, elle est vraiment difficile, elle va me marquer, je m'en souviendrai. […] histoire très singulière […] le père est médecin et [je me disais] qu'il était *complètement* dans le déni, l'histoire s'est *dénouée* après, c'est ça qui est quand même assez incroyable, c'est que je… sentais bien que le le père, il s'attachait à l'idée […] Et puis ça attachait du coup à l'idée que que sa fille dépérissait et qu'on la laissait… qu'on ne faisait rien… enfin. Donc c'était très spécial

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> les relations avec le papa, et au final, ça s'est fini de façon assez bizarre […] Donc j'avais le trio, les parents et la fillette. Et les résultats de la génétique sont tombés après le décès de de la fillette. Et donc, c'était une mutation causale de SLA, qui s'appelle, c'est rare hein ? Fuss P525L Et les parents n'étaient pas porteurs de la mutation. Donc c'était une néo mutation, causale de la maladie chez la fillette.
>
> Extrait 7.- enquête SlaMOR

Le neurologue renoue avec le sang-froid sanitaire (« après le décès ») malgré l'adhérence ressentie (« ça » « attachait ») où l'alter-égo, ce père médecin aussi, scotche l'impensable en mémoire, enkyste le souvenir de façon « bizarre ». La mort reste un paradoxe sanitaire, à refreiner en tant que soignant, malgré la certitude finale, issue du bon diagnostic.

Reposoirs, mort classe, protocole ou bizarrerie, voici des phénomènes incidents dans l'approche de la mort, chez les soignants. Les soignants se confrontent-ils par *habitus* sanitaires ? Si l'on s'arrange du rapprochement frauduleux entre mort et sommeil, à l'aulne de la loi qui propose une sédation, que ressentent authentiquement les soignants ?

5 La valence des ressentis par services et fonctions comparés

Sur les 18144 items émotionnels présents dans les discours d'interviews, repérés grâce au dictionnaire ÉmoTAIX associé à Tropes, les résultats montrent une lexicalisation émotionnelle effective (fig. 1., tab. 3), mais inversant la tendance normale acquise sur le grand public (*cf.* scores grand public, Piolat et Bannour, 2009) au profit des émotions neutres (SlaMOR :19,75%/norme :7,15%) et positives (SlaMOR : 41,52%/norme : 26,56%), et au détriment des émotions négatives (SlaMOR : 39,43%/ norme : 62%). Les soignants lexicalisent émotionellement positivement la mort.

Tab. 3 : Taux type proportionnel en pourcentage relatif à chaque catégorie des termes émotionnels dans l'enquête SlaMOR comparée aux taux d'ÉmotAIX (radicaux/termes)

	Émotions non spécifiées	Émotions négatives	Émotions positives	Éléments de surprise	Éléments d'impassibilité	Lexique Total
Corpus SlaMOR	19,5%	39,43%	41,52%	1,32%	0,20%	17714
Références éMOTaix (radicaux)	7,15%	62%	26,56%	2,70%	1,4	2014
Références éMOTaix (termes)	6,83%	62,50%	26,50%	2,92%	1,12%	4921

5.1 Illustration des émotions positives lexicalisées

Nous sélectionnons des illustrations extraites des paroles de personnels infirmiers en neurologie dégénérative au regard de leur position au sein de l'ensemble des acteurs étudiés (voir, ci-après).

Premier cas. Les sourires et le rire émaillent les prises de paroles chez l'un des personnels infirmiers en neurologie, rapportant la réaction de son équipe (« donc gros sourire

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

et ça avait choqué assez… assez choqué l'équipe »), celle-ci traduisant l'ambivalence, car rire, sourire de la mort, ça *choque*. L'émotion rieuse concernant la mort est contrebalancée, par une mention de sang-froid, retrouvée dans les *scenarii* (Tropes produit des *scenarii* représentatif du discours) de ce personnel : ainsi une forme de *prudence* est liée à la détente. Une dimension de sérénité émerge des paroles qui illustrent le *sang-froid* ; de même la déclaration d'une *curiosité* nécessaire contrôlée pour pouvoir soigner la mort émerge (« il faut avoir la curiosité », « il faut avoir une certaine sensibilité et surtout beaucoup d'écoute et de curiosité »). Le souhait des patients est largement évoqué, plus de 50 occurrences témoignant de la dimension des affects de *bien-être* (« qui aurait été souhaité », « qu'est-ce qu'il souhaite ? », « ça va dépendre de leurs souhaits » ; « si elles souhaitent pas le faire, on va le faire avec le médecin »). Rire, sang-froid, détente, sérénité, curiosité, voilà qui positivie le regard soignant sur le trépas.

Deuxième cas. Pour un deuxième acteur, personnel infirmier en neurologie, les sourires et rires, mentionnés comme émotions positives, émaillent encore les propos : les rires et sourires accompagnent fréquemment des gestes médicaux importants, rapportés (« j'avais des doutes sur la prises en charge en oxygène quoi », « faut accepter de faire confiance aux collègues »). Alors la mort pénètre comme un questionnement positif (« moi, bah, ça me pose question après la question de la mort », « pareil qui pose des questions aussi un petit peu dérangeantes ») qui associe la catégorie de *lucidité* comme émotion positive ressentie, dégagée [par Tropes] du discours. C'est la notion de *bon sens*, de détermination à agir, qui vaut comme illustration de positivité émotionnelle.

Troisième cas. Le troisième personnel infirmier active lui aussi des sourires, qui, mentionnés, accompagnent par exemple le propos suivant : « je pense que je suis peut-être moins exigeant avec la vie »), et la *lucidité* ressort comme trait caractéristique face aux situations délicates vécues et rapportées (ex : « je lui ai posé la question de sa sensibilité face au au mourir ».

Au total, sans pouvoir entrer davantage, ici, dans les détails, la positivité émotionnelle face à l'abord du trépas renvoie à un réalisme de situation(s), tout particulièrement en neurologie. Cela s'illustre chez les acteurs infirmiers. Les dés sont jetés, et leurs propos contreviennent à la narration émotionnelle négative, contextuellement liée aux circonstances humaines problématiques ou tristes. Contrairement à la lexicalisation standard, le taux prévalent d'émotions négatives n'est pas retrouvé, et les rires, la sérénité, la prudence, la lucidité colorent les vécus émotionnellement lexicalisés. Le fait, imposé, de se confronter à la mort, le fait de prendre en charge la mort, par nécessité de métiers, impriment, aux situations vécues, une manière de traverser ces dernières émotionnellement, sans alourdir, outre raison, semble- t-il, les scènes de trépas.

Mais, sans doute, est-ce le taux mineur d'impassibilité (taux calculé proportionnellement aux autres taux d'émotions, Tab. 3 et Fig. 1) dans les discours des soignants qui est à remarquer. Si bien que la proportion même de verbalisations émotionnelles est spécifique au corpus verbal de l'enquête [SlaMOR].

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

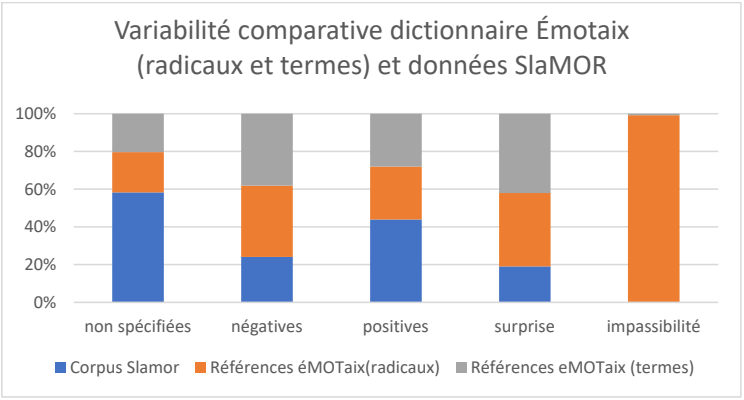


FIG. 1 : Proportion comparées des types d'émotions des données en santé SlaMOR (termes) des données grand public ÉmoTAIX (termes et radicaux)

Par ailleurs, l'extraction des scénarios de *sang-froid* admet 828 occurrences (voir le complément dans le .5.2.), qui restent à étudier, en regard du taux faible d'occurrences dénotant l'impassibilité (*cf.* ci-dessus). Ce taux, proche de l'équilibre du dictionnaire référent ÉmoTAIX, reste à questionner et demande à relever des extraits verbaux illustratifs. L'impassibilité et la neutralié ne sont pas équivalentes, selon la modélisation d'ÉmoTAIX. Le taux d'impassiblité reste à étudier et à rapprocher du taux élevé d'émotions non spécifiées, neutres, caractéristiques des soignants[13].

Rapportée à chacun des services, la répartition comparée conduit à ne relever aucune différence significative entre services[14] quant à la proportion respective de lexique total, comme à la polarité répartissant le taux des émotions non spécifiées, c'est à dire neutres (figurées ou propres), négatives ou positives (Tab. 3 et Fig.1).

Les tests de Levene d'égalité des variances entre chacun des services, comparés, corrobore l'absence de différence entre les services, considérés deux à deux (oncologie *vs* neurologie, F=.007, n.s. ; oncologie *vs* soins palliatifs, F= 1.124, n.s. ; neurologie *vs* soins palliatifs, F=.825, n.s.), malgré des différences apparentes décrivant le profil comparé des taux d'émotions négatives, positives et neutres des répondants à l'interview (fig. 2). Au delà du seuil de non signficativité, la représentation descriptive comparée de chaque valence (Fig.2 : émotions positives, émotions, négatives et émotions neutres) permet de visualiser la répartition de chacune des valences, par service interposé, ce sur quoi nous reviendrons.

[13]Le titre du chapitre doit à cet égard indiquer que la neutralité comme l'impassibilité, mesurées par Tropes ÉmoTAIX, relèvent toutes deux de l'acception habituelle de la notion d'impassibilité. Les soignants ne sont pas neutres.

[14]Cf. Tests de Kruskal-Wallis pour échantillons indépendants qui retiennent tous l'hypothèse nulle admettant une distribution identique sur les catégories de services : oncologie, neurologie, palliatif. Les t-test entre chacun des services, comparés, corrobore l'absence de différence entre les services, considérés deux à deux.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

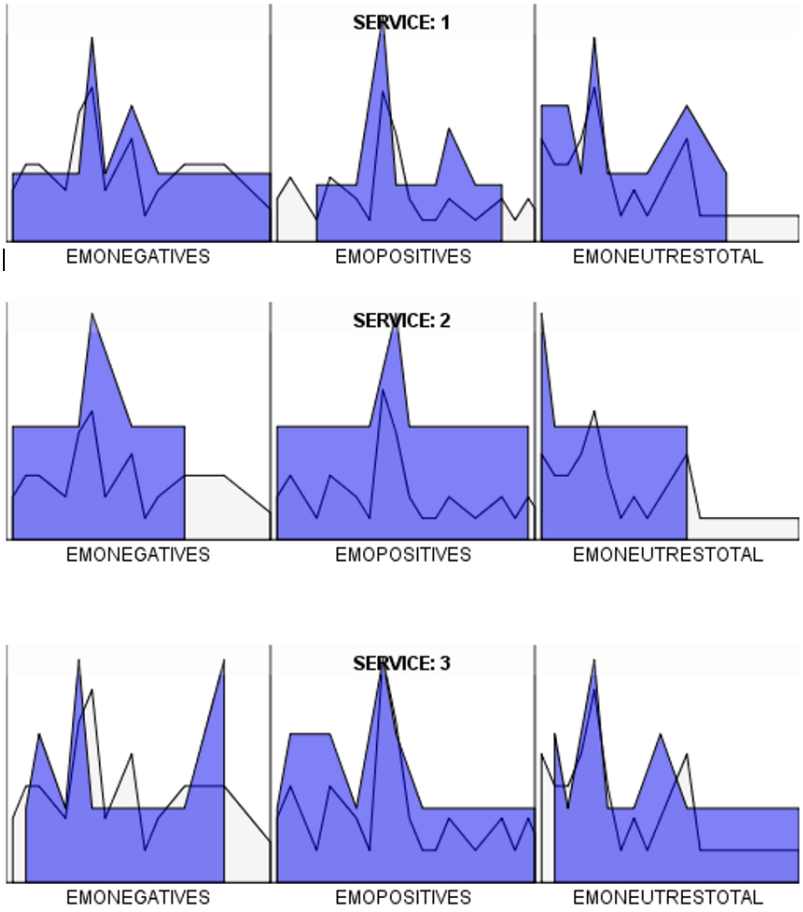


Fig. 2 : Variance comparée du taux de productions d'émotions négatives, positives et neutres (total des émotions figurées et propres) pour chaque services Légende : – 1. Oncologie, 2. Neurologie 3. Soins palliatifs. La courbe moyenne de l'ensemble des services est tracée.

Pour poursuivre la comparaion de services, si l'on dénombre les acteurs (oncologie, neurologie, soins palliatifs) qui dépassent, dans leurs propos, la moyenne calculée du taux d'émotions non spécifiées sur l'ensemble des services, ils sont respectivement 14 sur 37, soit moins de la moitié des interviewés à représenter la tendance à une non spécification : 5 en oncologie sur 14, 2 en neurologie sur 7, et 7 en soins palliatifs sur 16 placent sont repérés, ce qui place la neurologie comme le service le moins impacté par une forme de neutralité émotionnelle dans ses propos. À noter que c'est l'oncologie qui se rapproche le plus de la moyenne de tous les soignants (93 items, Tab. 4)). On notera la gradation sur le spectre des émotions neutres, non spécifiées de 76, puis 93 puis 107 items en total moyen brut, au profit respectif de la neurologie, de l'oncologie, puis des soins palliatifs (Tab.4).

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Tab. 4 : répartition des taux bruts moyens d'émotions types selon les services. Rappel informatif des taux d'ÉmotAIX.

Émotions	Non spécifiées	Négatives	Positives	Lexique Total
Taux moyen service oncologie	93	36	189	512
Taux moyen service neurologie	76	32	172	445
Taux moyen service palliatif	107	39	208	528
Références ÉMOTaix(radicaux)	*144*	*1251*	*535*	*2014*
Références ÉMOTaix (termes)	*336*	*3078*	*1308*	*4921*

Concernant la positivité émotionnelle des discours, 12 acteurs soit un tiers seulement des interviewés (3 en oncologie sur 14, 3 en neurologie sur 7 et 6 en soins palliatifs sur 16) dépassent la moyenne calculée sur l'ensemble des services, ce qui place l'oncologie comme moins représentative d'une emphase émotionnelle positive concernant la mort. En comparant, à partir d'une moyenne de lexicalisation, les soignants de tous les services confondus, on cible, a) en oncologie deux médecins et un personnel infirmier, b) en neurologie, trois acteurs issus exclusivement du personnel infirmier, et c) en soins palliatifs quatre personnels respectivement un aide-soignant, un cadre et un médecin.

Une régression multiple[15] admet une différence significative du taux (de zéro à 55) de production d'évènements émotionnels de type scénario de « sang-froid » (m= 23, écart-type= 11 ; t = -2.41, p. =.02), ce, selon le service ; selon cette analyse, le service de neurologie est le parent pauvre. Par ailleurs, 18 acteurs, sur les 37 interviewés, admettent des taux équivalents d'épisodes dénotés comme représentant le sang-froid, soit *quasi* trois scénarios par interview en moyenne. Confirmant le taux proportionnel général retrouvé (Tab.3, Fig.1), l'impassibilité n'est pas marquée, et reste plutôt absente du corpus SlaMOR. Une différence significative, même si seulement tendantielle, est trouvée pour la présence de ces traces d'impassibilité (t=1.99, p=.055), ce, en large dépendance de la fonction occupée (cadre, médecin, infirmier ou aide-soignant), le taux d'impassibilité prédisant tendanciellement, en ce cas, la fonction de cadre occupée par l'un des inerviewés (F=3.74, p. 061). On considère ainsi, au delà de l'analyse quantitative exacte rapportée, que de nouvelles études pourront s'inspirer de ce fait, sans considérer cet élément comme significatif, à ce stade, de l'enquête [SlaMOR].

[15] L'ensemble des facteurs (lexique total, émotions neutres, émotions négatives, émotions positives, sang-froid surprise et impassibilité) est introduit dans l'analyse de régression conduite sous SPSS.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

5.2 Illustration des *scenarii* contenant des expressions de sang-froid

5.2.1 Un cadre en soins palliatifs : impassibilité la plus élevée

Si l'impassibilité n'est surtout nullement représentée dans les discours de l'enquête [SlaMOR] (33 acteurs sur 37), de fait, les propos du cadre issu du secteur palliatif, qui admet un taux d'impassibilité très important, peuvent être considérés comme cas d'école. Ce cadre, interviewé par le sociologue, produit 25 épisodes de sang-froid et 20 traits d'impassibilité, dont 13 interprétés comme traces de *calme* et 12 de *courage*. On a considéré à cet égard, cet acteur, comme cas typique, intéressant, illustrant l'ambivalence même de la catégorie du sang-froid. Dans ce registre, les émotions sont non figurées, du registre propre (ex : « on n'arrive pas à calmer cette souffrance », seule mention à valence négative.

Verbalisant l'évocation du *calme*, le sang-froid s'illustre par des termes, réitérés, avec les expressions « pas de soucis », « pas de problème », déclinant explicitement la sérénité (« pour que ce soit le plus serein possible », « qu'on aurait pas dit qu'on aurait pu accompagner la mort de M. dans cette sérénité », « pour qu'elles, c'est plus serein, parce que quand t'as toutes ces démarches »).

Verbalisant l'évocation du *courage*, le lodiciel [Tropes ÉmoTAIX] repère ce qui est explicité comme « confortable » pour le patient (« mais qu'ils soient confortables par rapport aux symptômes », « mais c'est sûr que c'est plus confortable pour le patient pour le pardon, pour le soignant », « on les sent pas bien confortables, ils froncent les sourcils, ils ils bougent un peu »). Sur le versant propre, la catégorie du *courage*, par 8 occurrences, active le terme de « confiance », mais qui en fait n'est que la déclinaison de la personne de « confiance », telle qu'instituée législativement et éthiquement, en lien avec les directives anticipées pensées (« qu'elle a donné sa personne de confiance, écrit ses directives anticipées mais fffou Ah bah c'est la voie royale parce que… »). S'illustre complémentairement le « lien de confiance » en équipe (« te mettre en confiance et et et de créer une ambiance parce que … de cette ambiance-là va découler la suite » ; « Et parce que t'as besoin d'être en confiance pour pouvoir aborder tout ça »). Enfin, « tisser/créer un lien de confiance » intervient comme expression figée à trois reprises chez ce cadre. En écho, les traces d'impassibilité se concentrent sur un épisode de l'interview, qui par 20 fois, de manière figurée, en appelle au terme d'« anesthésie », puis de « froideur » (ex : « mais moi *ce qui me marque* c'est cette froideur, c'est ce qu'on appelle la froideur des extrémités » ; « donc tes doigts sont froids, tes pieds sont froids, tes bras sont froids » ; « elles sont froides, c'est des néons, c'est des voilà donc là, on met une lampe de chevet »).

5.2.2 Un certain type de sang-froid incarné : cas du médecin neurologue

Nous avons rapproché les cinq puis trois occurrences, respectivement, d'un médecin neurologue et d'un personnel infirmier en soins palliatifs, comme faible taux d'impassibilité proche de l'absence total des 34 autres soignants (*cf.* Tab. 2, cas 15), leur taux d'épisodes de sang-froid, respectivement encore saillant ou absent. Le personnel médecin neurologue (*cf.* Tab. 2, cas 15) produit un nombre important d'épisodes de sang-froid : 34, onze traduisant le « *calme* », et 23 le « *courage* ». Sur ces occurrences, comparées à celles du cadre de soins palliatifs (*cf.* plus haut), c'est le *courage* qui do-

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

mine l'expressivité émotionnelle. Le *calme* se décline de manière réaliste, en projetant l'activation des soins palliatifs : cela ne pose « pas de problème », « personnel » ; le calme renvoie à « je décompresse complètement », évoque le nécessaire « répit pour les familles » et le « séjour de répit » est pensé en lien avec « les soins palliatifs » comme espace possible (cinq fois). Donc s'« il n'y a a pas de souci », c'est que c'est « sur le patient que doit reposer la question ». La valence courageuse, dominante, renvoie comme précédemment à « la personne de confiance », mais invoque aussi explicitement « le *courage* » tout comme « la détermination ». La notion de confort n'est plus alors attribuée comme précédemment seulement au patient (ex : « mettre en place des soins de confort », « son niveau de confort ») mais comme nécessité pour soigner : « c'est confortable pour moi de pas évoquer ces questions », là où précédemment le cadre laisser échapper « le patient, pardon, le soignant » (*cf.* plus haut) associant presque par *lapsus* ces positions. Le *courage* en neurologie dégénérative est aussi décliné sous forme « d' audace », mais c'est alors celle du patient (ex : « ça demande du courage » (deux fois) ; « quand même avoir le courage » ; « elle marque, tant par le courage de cette fillette »). Les deux entités (patients-soignant) sont cette fois-ci, différenciées par le médecin neurologue, représentant en discours chacun, quant à son courage.

5.2.3 Une aide-soignante en oncologie : traces d'impassibilité et sang-froid

Le cas du personnel aide-soignant, qui a produit neuf occurences de traces d'impassibilité est repéré (*cf.* Tab. 2, acs 27). La tranquillité, au travers de l'expression répétée (quatre fois) « y a pas de souci », « ca me pose pas de souci » illustre la tranquillité, mais sont aussi évoquées toutes formes de *repos* (« mes jours de repos » « douze jours d'affilé sans repos », « sentir le patient « reposé » à l'inverse d'angoissé »). Concernant l'expression de sang-froid, le *calme* émerge avec huit occurrences y correspondant sur les 13 retrouvées par Tropes ÉmoTAIX. Pour le *courage*, il est illustré par les expressions de « l'aisance » du personnel qui est évoquée explicitement (trois fois, dont : « il faut avoir une aisance pour pouvoir le dire », « j'étais dans une très grande aisance »). Le sang-froid, plus haut partagé entre soignant et patient en neurologie dégénérative (.5.2.2), semble plus directement versé du côté des aptitudes du seul soignant, apte à cette distance de sang-froid, à une forme de contrôle de sa posture d'aisance.

5.3 De la neutralité émotionnelle chez les soignants

On comprend peut-être, au fil de l'étude les raisons profondes du taux accru d'émotions non spécifiées. Les émotions non spécifiées représentent la notion d'ambivalence. Elles ne sont ni typiquement négatives, ni typiquement positives. Penchant ainsi ni du côté négatif, ni du côté positif, les ressentis restent comme en suspens, et modulent les évènements rapportés librement, pour quasiment une émotion sur cinq rapportées dans le discours de tous les soignants (*cf.*Tab. 3, Fig.1). Alors, oui, les soignants ne sont pas impassibles. Ils positivent, mais présentent peu l'option négative, car ils ne penchent pas décisivement. Le trépas n'évoque pas la neutralité, mais bien l'hésitation émotionnelle. Les soignants ressentent, à coup sûr, le verbalisent. L'expressivité de l'interjection « ah », pourrait emblématiser cette ambivalence, en produisant seulement un signalement émotionnel à l'auditoire (ex : « ah je pense qu'il y a toujours bienveillance »). Peut-être qu'une caractéristique de cette fausse neutralisation émo-

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

tionnelle pourrait être corroborer par une indifférenciation significative entre services : il est vrai, qu'en termes de nombre brut d'acteurs, ils sont répartis, quant à la moyenne cumulée de production d'émotions neutres, (8 en oncologie sur 14 acteurs, 4 en neurologie sur 7 acteurs, pour 9 en soins palliatifs sur 16 acteurs). Il reste évidemment délicat d'illustrer ici ce qui fait la finesse et l'équilibre dans les propos saillants, qui se distribuent sur toutes les fonctions notamment de ces acteurs représentatifs de taux émotionnels supérieurs à la moyenne. De fait, le taux calculé de production émotionnelle est significativement inter-corrélé (r.735, r=.764, r=. 835, p<. 001) entre chacune des valence, neutres, négatives et positives. Ainsi la figure 2 (*cf.* plus haut) donne à voir en quoi la proportion des trois valences restent dans leur proporition relative, spécifique à chaque secteur.

Nous en présenterons pour terminer, deux profils d'acteurs, subjectivement sélectionnés, sans chercher à atteindre une quelconque représentativité : nous sélectionnons des acteurs de même fonction, médecins, et issus de service identique, l'oncologie, dont on a déjà remarqué l'espace médian, quant à sa production d'émotions non spécifiées (.5.1, *cf.* tab.4, Fig.3), ainsi ambivalentes. Il ya beaucoup d'ambivalence émotionnelle en soins palliatifs, moins en oncologie, encore moins en neurologie. Nous contrastons alors deux profils acteurs usant très peu ou au contraire un maximum, de ce lexique ambivalent, choisis en référence à la moyenne de producction des soignants.

5.3.1 Un acteur peu prolixe

Un médecin oncologue distribue ses traits émotions non spécifiées entre des traits déclarés d'« attention » aux patients (Extrait 8., médecin oncologue, 41 émotions non scpéficiées), de vigilance aux « réactions », « ressentis » du patient et nomme ses sentiments, notamment un sentiment d'amertume (Extrait 9, médecin oncologue, 79 émotions non spécifiées). L'ambivalence, éventuelle neutralité ou hésitation passent par une dénomination disons réaliste de ce qui se passe, se vit psychologiquement, de manière succincte, ciblée.

> intervieweur – Et est-ce que…justement, j'entends qu'il y a du dit, on surveille les la douleur. On surveille donc l'anxiété, *et cetera.* C'est des choses que vous faites de manière générale, ou il y a vraiment de manière plus précise à ce moment-là ? Une fois que vous savez que la patiente passe en palliatif
>
> *Médecin oncologue* – nous on le fait de manière générale, mais avec… un petit peu plus *d'attention* aux besoins du patient qui se trouve… Voilà dans dans cette situation, mais c'est vrai, on pouvait faire plus. Mais par manque de temps physique, on n'arrive pas à être très présente. Voilà comme dans le service adapté de soins palliatifs, mais on essaie de…
>
> Extrait 8.- enquête SlaMOR

> intervieweur – Et est ce que c'est ça t'es déjà arrivé de partir du service en sachant qu'un patient va aller mourir et que tu le reverrais pas, par exemple en vacances ou ou un week-end ou un. ?

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Médecin oncologue : – Oui, oui, oui

intervieweur – Comment… ? Comment vas tu t'as pensé à ça à ça ?

Médecin oncologue – J'ai un *sentiment,* un *sentiment* d'amertume, si tu veux. Mais je sais, c'est comme ça, la vie continue. Mais oui, je sens parfois une amertume, je dis oui. C'est la dernière fois quand je l'ai eu, ce je l'ai vu, c'est…C'est quelqu'un qui qui sera seulement dans mes souvenirs, mais…

intervieweur – Le fait de pas assister finalement, enfin de pas être présente à ce moment-là, laisse un un sentiment d'amertume… ?

Médecin oncologue - Oui, je je sens parfois un sentiment d'amertume, mais plutôt pour pour le patient et pour ses proches, parce que…de…pour mon métier je pense que. j'ai, c'est une question psychologique aussi, je me suis formée pour résister de ne… garder trop…De tous les situations dramatiques que j'ai en charge, voilà. De qui pourrait m'en faire vraiment mal et de m'empêcher de faire mon métier comme il faut par la suite, c'est pour résister…

Extrait 9.- enquête SlaMOR

5.3.2 Un acteur plus prolixe

Un médecin oncologue dénote, pour sa part, les faits sans les connoter. Il déclare, pour exemple, les « changements » (ex : « je vais changer »), dit les « marques » de respect aux patients, mais indique aussi ce qui « marquant », pour lui, dans le soin ; il indique les « symptômes » possibles, dépeint ce qu'il nomme des « attitudes » soignantes, pointe le fait d'« émotions , et parle de « ressenti » de l'équipe ou de lui-même de manière générique (Extrait 10 et 11).

Médecin oncologue - Et… Alors moi j'essaie de le faire, ouais. Parce qu'après, c'est vrai que je trouve que quand on a des. Les patients après, ils tombent vraiment de très haut parfois et je pense que c'est pas leur rendre service. Que de leur avoir dit oui, bah on va peut-être vous guérir alors qu'on sait pertinemment qu'on ne les guérira pas. […] Et c'est la même chose pour les familles. Moi, je j'essaie de pousser mes patients à les informer de ce qu'ils ont parce que ce que j'ai observé aussi, c'est que les familles qui n'étaient pas au courant de la maladie du proche quand on leur annonce bah en fait là on arrive à la fin et bah eux ils tombent des nues en fait ils…ils je pense qu'ils se culpabilisent probablement un peu de pas avoir été là pour l'aider dans tout ce qu'il a traversé. Et ouais, après il y a des des remords, des *ressentis*, des ouais, je pense que ça va surtout… je pense, ça va surtout et aussi en fait, on peut parler de la mort avant qu'elle ne soit vraiment là. Des patients qui, qui posent ouvertement la question, j'en ai une la semaine dernière qui me demande, mais…comment ça va se passer ? comment je vais finir ? Qu'est ce qui va m'arriver ? Et je pense qu'il faut pas que ce soit un tabou et qu'on arrive à… À aborder les sujets.

Extrait 10.- enquête SlaMOR

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

> *Médecin oncologue - Ah* bah je. Moi je pense que j'ai certains de mes enfin, j'ai les collègues qui nous…Ouais, qui ne peuvent pas. C'est parce que je pense qu'on a pas tous la même…Je sais pas comment dire, on fait quand même un métier au début, quand on est médecin, on est là pour soigner, pour guérir et du coup on peut se dire aussi que finalement, si notre patient arrive à décéder, c'est qu'on a pas fait notre boulot correctement. Et s'orienter vers des soins palliatifs, c'est…quand même accepter le fait qu'on n'est pas tout puissant. Et qu'on peut faire autre chose que… Enfin, c'est pas notre notre formation de base entre guillemets, si je peux. Et moi, j'ai certains de mes collègues qui, notamment j'ai un de mes collègues, je sais que si son patient est en soins palliatifs, il ne viendra pas le voir. Parce que je pense, mais c'est mon *ressenti* et le *ressenti* qu'on a quand on en discute entre collègues, qu'il qu'il n'est pas à l'aise avec les soins palliatifs et qui, qu'il ne sait pas comment se comporter, avec les familles, avec la souffrance de se sentir impuissant, en fait.
>
> Extrait 11.- enquête SlaMOR

L'implication neutralise dans la verbalisation, la valence émotionnelle qui est engluée dans le récit, sous forme de traces, relayées par des colorations négatives ou positives (ici : « le remord » par exemple, comme valence négative, *cf.* extrait 10). Les émotions alternativement négatives et positives émaillent le discours conformément à la lexicalisation possible d'anecdotes négatives (chez ce médecin : *tristesse, solitude, injustice, frustration*, pour en citer quelques-unes déclarées sur ce corpus), ou de vécus positifs (chez ce médecin : *« ça rebooste », délivrance, attachement, envie*, pour en citer quelques-unes déclarées sur ce corpus). On peut ainsi dire que la production émotionnelle soignante ne suit pas le même cheminement qu'en lexicalisation standard, car chaque acteur s'appuie davantage sur une neutralité, une absence de verdict émotionnel, pour déployer discursivement son expressivité positive *versus* négative.

Disons, qu'indépendamment de l'intercorrélation des valences spécifique à caque secteur ou services (Fig. 2), la neutralité se pose comme une sorte de pivot de la réflexion sur le mourir, chez les soignants. On pourrait dire, sans trop extrapoler selon nous, que l'engagement dialogal conduit à rester plus prudent que la moyenne gnérale, grand public, monsieur tout le monde, quant au sujet, et ne pas directement engager sa représentation vers un clivage émotionnel. La distance, par neutralité, remplace la distance par impassibilité, plus habituellement réhaussée dans les taux de tout un chacun, ce que la thématique du mourir ne permet pas. Les soignants ne sont pas impassibles, car ils hésitent, se confrontent à la réalité, répétitive du mourir, se distancient, alternent leur penchant. Au final, c'est tout le discours des soignants qui prouve en ce sens sa spécificité.

Il est certain que cette étude n'est qu'une toute petite partie de ce qui peut être mis à jour sur le décours émotionnel de propos spécifiquement soignants, ce indépendamment des services, ce qui rend partiellement caduque notre propre hypothèse. Ce n'est pas simple une gradation de taux entre services, qui peut, à partir de cette échelle de valence (négative *versus* positives) être atteinte, mais bien une compréhension du moteur émotionnel, qui guiderait la production verbale. Cette dernière, différente pour

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

tous, devra à l'avenir être finement décrite, avec probablement un affinage des catégories classiques (*cf.* Piolat et Bannour, 009). Notre enquête [SlamMOR] fait la preuve que la *doxa* hospitalière réhausse le discours sur la mort d'une positivité émotionnelle. Les travaux complémentaires, nécessaires, tant il n'en sera jamais fini d'étudier et révéler la verbalisation de ce qui touche l'intime et le social de concert, devront faire peut-être l'objet d'hypothèses plus fines par service, ce, avant toute avancée sur la transformation ou la régulation des pratiques professionnelles. Même si notre enquête doit noter que l'oncologie est le service qui se situe à la médiane des deux autres services (*cf.* Tab. 4, Fig. 2), statuer sur ces spécificités ne doit en aucun cas faire croire que l'un ou l'autre des équilibres de service serait préférable dans l'approche du *mourir* : ni la neutologie, ni l'oncologe, ni les spoins palliatifs ne détiennent la clef d'une régulation émotionnelle exemplaire.

6 Discussion

S'endormir ou mourir. Tel est sans doute le trait tenace qui résiste aux représentations, malgré la distinction utile établie tôt chez l'humain, dès avant l'âge *dit* de raison (*cf.* Labrell, 2023), entre mourir et se reposer. Tant que les représentations, en train de se faire, ce que décrivent les dialogues (*cf.* Delglouet, 2024), expliqueront les pratiques soignantes, on pourra voir que mêler sommeil et mort ne permet pas de sortir d'une équation trop simpliste. La *sédation profonde et continue jusqu'au décès* différencie le sommeil de la mort, ce qui laisse au mourir son propre espace, de complexité, à résoudre. Le ressenti des soignants hospitaliers reste biensûr associé à un mort par alitement : quel que soit le service (oncologie, neurologie dégénérative ou soins palliatifs), la mort n'est pas abordée quand on est debout, face à la mort, mais bien au lit, couché, en proche état du repos. Mais, le reposoir n'est figuré que comme transfert par *lapsus* de l'espace mortuaire. Le trépas ne semble pas faire partie de ce repos, et la *belle* mort ne convainc pas consensuellement les soignants de sa faisabilité. Les soignants n'appréhendent pas la mort de la même manière. L'expérience professionnelle les marque.

Les services sont par ailleurs, en termes de ressentis, et ce, contrairement à notre hypothèse centrale simpliste, plus indifférenciés qu'on le projetait, quant à l'équilibre général de valence émotionnelle appliquée à leurs discours sur la mort. Aucun soignant d'aucun des trois services n'est proportionellement aussi négatif que tout le monde, quand il s'agit de contextualiser un sujet pourtant attristant, touchant, conduisant au deuil. Ainsi, lorsqu'une différence étrange parait, c'est quand les émotions non spécifiées, non pas neutres au sens d'un détachement, mais ambivalentes, dépassent largement le seuil de référence de la normalité (*cf.* taux de lexicalisation standard) : les soignants, quel que soit le service, admettent des moyennes équivalentes en matière d'ambivalence émotionelle. Les émotions sanitaires colorent ainsi le commentaire de la mort d'une positivité émotionnelle : tout se passe comme si l'anecdote liée aux émotions négatives possibles était, inconsciemment, battue en brèche. Quand la mort s'évoque, une compensation positive semble s'effectuer. Si bien que la coloration émotionnelle dominante, comparativement au standard de lexicalisation, est marquée par la neutralité ambivalente, qui pourrait signer le double refus de se voir attrapé par des affects trop négatifs, comme trop positifs.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

L'impassibilité n'est pas non plus de rigueur : comptabilisant six à huit fois moins d'occurrences d'impassibilité que dans la norme, l'idée et l'expérience de la mort ne laisse pas de marbre, ce qui différencierait la fonction occupée : cadre, infirmier, aide-soignant. Ceux qui sont réellement au chevet (médecins, infirmiers ou aides-soignants) seraient ceux qui sont le plus en recul d'impassibilité. La mort les happe sans doute davantage que le cas du cadre, qui par sa fonction, probablement, théorise davantage. Cette hypothèse serait à tester, dans ses effets sur la prise en charge de la mort par des équipes (*cf.* le regard sur la souffrance ; Lerond-Caussin *et al.*, 2024)

C'est alors le degré d'évocation de *scenarii* de sang-froid qui différencie les services. Calme et courage ne se décrivent pas tou à fait de la même façon. Des fouilles seraient nécessaires pour mieux vérifier, au besoin, le croisement entre la fonction et les services, quant aux taux comparés d'épisodes de sang-froid et de production (même faible) d'impassibilité. Mais, en creusant l'expressivité même de ce qui dénote le sang-froid, on achoppe sur des expressions figées : « pas de soucis », « pas de problème ». Sur le versant du courage, on l'a mis à jour, c'est probablement la partition (théorisé par les équipes), ou répartition (réaliste *via* le vécu expérimenté) du front commun humain possible à la mort, tenu entre soignant et patient, qui pourrait délimiter les différences entre l'oncologie, la neurologie dégénérative et les soins palliatifs. La neurologie sépare davantage les traits, les rôles, de soignant et patient : chacun sa protection, son confort, sa carapace pour endurer, ce qui rejoint des traits déjà mis en évidence (*cf.* Lerond-Caussin, *et al.*, 2024), où à l'égard de la verbalisation de la souffrance, c'est l'équipe en neurologie qui parait la plus soudée, faisant front à l'inéluctable incarné par une maladie au pronostic certain. Le patient n'en a que davantage d'existence. En soins palliatifs, domine le terrain de la protocolisation de la mort, manière de ne surtout pas esthétiser la mort, mais de la mesurer pour une attention et des interventions progressives, scientifiques, assurées, et où le personnel cadre positive alors l'intervention (« pas de soucis », « pas de problème ») : le patient serait alors davantage écarté comme la littérature ose parfois le décrire, le pointer au sein même du corps soignant (Fournier, 2024). En ce sens, entre la mort et le confort du patient, mis en avant, qui guide émotionellement les actes ?

7 Conclusion... ouverture

L'enquête SlaMOR [Soigner la mort] ouvre à connaître l'authenticité de paroles soignantes (*cf.* Le Forestier, 2014 ; 2023), au diapason d'autres enquêtes cibles (Vincent, 2023 ; Fournier, 2024) : la mort se vit différemment, selon les contextes. On peut même se dire, c'est un idéal abordé si ce n'est atteint par l'enquête [SlaMOR], qu'il faut sans doute se méfier d'expressions, figées ou trop relayées : pour exemple, *confort* du patient et *sédation profonde*. Les soignants le savent, le citoyen a pris en horreur l'idée d'un patient dit « confortable ». L'aide à mourir en société(s) achoppe sur l'intransigeance des uns ou des autres sur le sacre de la vie : est-ce que la désacralisation de la mort (Granjas & Ito, 2023) serait une étape formatrice pour les soignants, qui gagneraient à mêler les divergences de vues entre soignants ? Longtemps décrite par Louis-Vincent Thomas, la « grandeur et misère des soins palliatifs » (*cf.* Montandon-Binet & Montandon, 1993) reste, trente ans après, un angle mort. La société soignante devrait peut-être davantage, au-delà de s'organiser et améliorer le management vu du

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

haut, contribuer à se parler, en micro-sociétés savantes intégrées, plutôt que de faire l'affront à la société civile sur une problématique d'aide à mourir, tel que la politique les y enjoint. Pour lutter contre des expressions qui se vident de sens, revenir sur la finesse même des ressentis, des nuances, de la délicatesse qui sied la clinique sanitaire, penser la mort, couchée, le sommeil comme emblème, serait à revisiter par les soignants.

L'enquête SlaMOR basée fidèlement sur ce qui fait l'atmosphère hospitalière, réflexive et émotionnelle des soignants, notamment quand ils se penchent sur le *mourir*, résonne sur le fond de la liberté de vouloir mourir (Fourneret, 2012, 2018), l'aspiration à être aider à mourir (Des Aulniers & Lapointe, 2018) liberté ou aspirations demeurées arrêtées au seuil, à la limite de (ré)conciliation entre citoyens et soignants par les législatifs, malgré les conditions effectives et réalistes de ressentis de soignants peu diffusés. Diffuser les paroles de l'enquête [SlaMOR] présente à cet égard, un idéal. Et les paroles authentiques d'acteurs, positivant, plus que d'autres, la mort, cas des infirmiers en neurologie dégénérative pour exemple dans cette enquête, mériteraient que se diffuse leurs tournures précises, pour mieux comprendre ce qui se joue quand la neutralité, l'ambivalence, la positivité et l'absence d'impassibilité colorent les discours d'hospitaliers.

À n'en pas douter, la confrontation, à l'instar de la comparaison entre propos d'aidants et propos de soignants (*cf.* Bellachhab, *et al.*, 2025), entre propos de soignants et propos d'enfants (*cf.* Romano, 2020) serait, elle-aussi, utile et indispensable. Bien d'autres corpus de paroles authentiques sont attendus, pour développer la micro-société des soignants et leurs pratiques, mais aussi aiguiser le regard *sur* et *de* la société dans son ensemble, mourir, décidément, appartenant à tout le monde (*cf.* Fournier, 2024, Vincent, 2023) : « *parler de la mort avec un enfant, c'est le considérer dans toute sa dimension de sujet et le respecter dans son humanité* » (Romano, 2020, : 117). On entend souvent, prononcé par les soignants eux-mêmes, piégés dans le face à face avec l'aidant en proie à l'accompagnement du mourir inéluctable dû à une maladie sans traitement, l'expression « bon courage, madame, monsieur » : au vu de notre étude, *calme*, *courage*, signes de *sang-froid* représentent peut-être davantage des gages de conformisme d'une *doxa* hospitalière impuissante (*cf.* Bellachhab, *et al.*, 2025) à se transformer. Et, au-delà de la mort, ce sont bien les circonstances vécus, maladies génétiques, pour exemple, qui font que l'enfant aborde aussi la question de la possibilité de mourir, avec la même angoisse que le neurologue, qui sait, la fin certaine, issue du diagnostic. Recul de l'impassibilité, maîtrise des émotions en augmentant leur neutralité ambivalente, configuration d'émotions positives fussent-elle idéalisées, imaginatives, et recul conséquent de l'anecdotique négatif, souvent cher au fait divers, tel est le tableau qui ressort de cette étude, qui ne prétend pas endosser la vérité mais une authenticité de propos de soignants, tous différents dans l'abord du mourir. En remerciant ces derniers, pour finir, au nom de l'équipe [SlamOR] de s'être prétés à l'aventure scientifique, alors que leur préoccupations restent avant tout cliniques.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Bibliographie

Albero, Brigitte ; Thievenaz, Joris, *Enquêter dans les métiers de l'humain. Traité de méthodologie de la recherche en sciences de l'éducation et de la formation*. Langres : Éditions Raisons et passions, 2ème édition, 2022.

Auriac-Slusarczyk, Emamnuèle ; Lassalas, Christine (2020), « Les directives anticipées dans la loi 2016. De l'intime à l'éthique soignante, comment dépasser les traumatismes ? », *Études sur la Mort, 154*(1), p. 89-103.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Delsart Aline (2022), « Le lexique émotionnel en consultation médicale », *in* Blasco, Mylène (Eds.), *Parler à l'hôpital, Écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit* Allemagne, Münster,Nodus Publikationen. p. 143-157.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2025, sous presse.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Vacher, Laure. (2010), « Caractériser la progressivité de la pensée de 6 à 11 ans : entretiens sur la mort », *Diotime, 46*, http://www.crdp-montpellier.fr/ressources/agora.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2022, dir.) « La mort. Comment l'aborder ? Aspects sanitaires, pédagogiques, cliniques et culturels ? « *Revue Education, Santé, Sociétés*, *8*(2). https://doi.org/10.17184/eac.9782813004666

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2022), « Réfléchir au mourir. Directives anticipées et pratiques psychologiques en CHU », *Cahiers de Neuropsychologie, 8,* p. 46-56.

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle, Smirdec Margot & Castellan, Michel (2023), « Des ateliers citoyens pour aborder le mourir en France. Le cas d'école des directives anticipées abordé sous l'angle de l'ET », *Revue Éducation, Santé, Société, 7, p. 29-50,* doi : https://doi.org/10.17184/eac.7721

Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Basco, Mylène (coord). *Les discours des soignants et des patients. Quelles contributions des sciences humaines et sociales ?*, _Revue Éducation, Santé, Société, 9(_2), 2019.

Bacqué, Marie-Frédérique (dir), *Morts traumatiques. Deuils traumatiques*, *Études sur la mort, 154*(2), 2020.

B nk, Zsuzsa. *Mourir en été*. Paris, coll « Rivages », traduction française, 2022.

Basset, Pierre. (2016) « Aspects éthiques des situations de refus et arrêt de traitement », Thèse en Éthique. Université Paris Saclay (COmUE), Hal.tel-01270194.

Bellachhab, Abdelhadi ; Garric, Nathalie ; Pugnières-Saavedra, Frédéric (2025). « Repenser la mort par l'expérience d'accompagnement à la mort », *in* Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Blasco, Mylène (éds.). *Parler à l'hôpital. Écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit*, Allemagne, Münster, Nodus Publikationen, 2022.

Borgeaud, Philippe (2008), « La mort et l'émotion. Attitudes antiques », *Revue de l'histoire des Religions, 225*(2), p. 155-162.

Broussal, Dominique ; Saint Jean Michèle, L_a professionnalisation des acteurs en santé. Recherche, Innovation, institution_, France, Toulouse : Cépaduès Editions, 2019.

Campaignolle-Catel, H. (2021). Le livre : réflexions/réfractions dans Glas de Derrida et Rhizome de Deleuze et Carpio, M-A. (2022). Des adieux sous le signe de la simplicité, *Sciences et Avenir, 211,* p. 40-43.

Cherblanc, Jacques ; Fawer Caputo, Christine (Éds), *Pédagogie de la finitude*, Laval, Presses universitaires de Laval, coll. « Sociologie », 2024.

Cifali, Mireille (2019). « Le sentiment au risque de l'émotion », _in _Cifali, Mireille ; Giust-Desprairies, Florence ; Périlleux, Thomas (dir.), *Accueil des affects et des émotions en formation et recherche. Approches cliniques*, L'Harmattan, Coll. « Clinique et changement social », p. 105-124.

Cifali, Mireille (dir). *Éthique de l'intériorité dans les pratiques contemporaines de formation et de recherche*. Paris, L'Harmattan, 2022.

Cifali, Mireille. (2022). « Soyez ! », une optimisation du moi en actes et paroles », in Cifali, Mireille ; Pham Quang, Long ; Roiné Christophe, Éthique de l'intériorité dans les pratiques contemporaines de la formation et de la recherche, Paris,L'Harmattan

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Clavandier, Gaëlle ; Berthod, Marc-Antoine ; Charrier, Philippe ; Julier-Costes, Martin ; Pagnamenta, Veronica (2021), "From one body to another. The handling of the deceased during the COVID-19 pandemic, a case study in France and Switzerland", *Human Remains and Violence,* 7(2), p. 41-63.

Courtas, R. (1993). Quand « savoir mourir » c'est mourir au bon moment et sans violence, In C. Montandon-Binet et A. Montandon. *Savoir mourir* (p. 267-276). Paris : L'Harmattan.

Delannoi, Gilles (1995), « La prudence dans l'histoire de la pensée », *Mots, 44,* p. 10-105.

Delgoulet, Catherine (2024), « Tenir à la description. La recherche en ergonomie en train de se faire », *Revue d'anthropologie des connaissances, 18*(3) [en ligne]. <http://journals.openedition.org/rac/34028$>$.

Delsart, Aline ; Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2020). Étude pragmatique de la relation médecin/patient à partir de données orales authentiques, *Congrès Mondial de Linguistique Française*, Paris. https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/abs/2020/06/shsconf_cmlf2020_01005/shsconf_cmlf202001005.html

Delsart, Aline ; Corman, Maya (2025). « Temporalité et inéluctable. Les mots à vifs », *in* Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Delsart, Aline, *Effet de l'expertise communicationnelle de la parole des soignants sur la prise de parole des soignés*. Thèse en Sciences du Langage. Université Clermont Auvergne, 2021.

Des Aulniers Luce ; Lapointe Bernard. J, *Le choix de l'heure. (Le) ruser avec la mort ?* Montréal : Eds. Somme toute, 2018.

Despret, Vinciane, *Les morts à l'œuvre*. Paris, La Découverte, 2023.

Erard, Michael (2021) « Concevoir une linguistique de la mort (note de recherche) », Anthropologie et Sociétés, 45(1-2), p. 95-108. <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2021-v45-n1-2-as06551/1083796ar/\textgreater.

Fantoni, Sophie ; Saison, Johanne, *De l'obstination déraisonnable aux soins palliatifs. Regard pluridisciplinaire pour une amélioration de l'accompagnement de fin de vie*. Actes et Séminaires. Bordeaux : LEH Éditions, 2021.

Fasse, Léonor (2023), « Qu'est-ce qu'« être en deuil » ? Le point de vue du psychologue », *The Conversation.* 22 février 2023 [en ligne] https://theconversation.com/quest-ce-qu-etre-en-deuil-le-point-de-vue-du-psychologue-191000

Foley, Rose-Anna ; Saraga, Michael (2021) « Soignants et étudiants face à la mort. Des émotions à écarter » *Anthropologie et Sociétés, 45*(1-2), p. 277-296. <https://www.erudit.org/fr/revues/as/2021-v45-n1-2-as06551/1083805ar.pdf$>$

Foley, Rose-Anna (2006), « L'accompagnement spirituel : entre dispositif de prise en charge et absence de discours. Compte rendu d'une enquête ethnographique réalisée dans une institution de soins palliatifs », *InfoKara, 21*(3), p. 109-113.

Fourneret, Éric, *Choisir sa mort. Les débats de l'euthanasie,* Paris, Presses universitaires de France, 2012.

Fourneret, Éric, *Sommes-nous libres de vouloir mourir ? Euthanasie, suicide assisté : les bonnes questions*. Paris : A. Michel, 2018.

Fournier, Véronique, *Le bazar bioéthique. Quand les histoires de vie bouleversent la morale publique*. Paris. R. Laffont, 2010.

Garreau, Lionel ; Bandeira-De-Mello, Rodrigo (2010), « La théorie enracinée en pratique : vers un dépassement de la tension entre scientificité et créativité dans les recherches basées sur la théorie enracinée ? » *AIMS, p. 1*-19. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00580543

Garric Nathalie ; Longhi Julien ; Pugnière-Saavedra Frédéric ; Rochaix Valérie, *Discours des terrains sensibles : recueil, analyse, intervention,* Besançon. Presses universitaires de Franche-Comté, 2022.

Garric, Nathalie ; Pugnière-Saavedra, Frédéric ; Ranou Pauline (2022, « Aider à vivre la maladie mortelle et (re)(sur)vivre après le décès », *Revue Éducation, Santé, Sociétés, 8*(2), p. 89-111.

Garric, Nathalie ; Pugnières-Saavedra, Frédéric ; Bellachhab, Abdelhadi ; Pironom, Julie ; Delarue Axel, *Approches quantitatives et qualitatives pour aborder un corpus discursif de soignants sur le trépas*, Colloque Arch, Liège, 13-15 octobre, 2022.

Ghiglione, Rodolphe, Blancher, Alain, *Analyse de contenu et contenus d'analyses*, Paris, Dunod, 1991.

Ghilgione, Rodolphe, Kekenbosh, Christiane, Landré, Agnès, *L'analyse cognitivo-discursive*. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble, 1995.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Granja, Christelle ; Ito, Kaori (2023), J'aime désacraliser la mort, *Usbek & Rica, 38*, p. 40-43.

Guillemette, François (2006), « L'approche de la Grounded Theory pour innover ? », *Recherches qualitatives, 26*(1), p. 32-50, http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html

Guitté-Verret, Alexandra ; Malinowski-Charles, Sylviane (Dir.). *Apprivoiser la mort au XXIe siècle : enjeux philosophiques, perspectives scientifiques et sociales.* Québec : Presses de l'Université de Laval, 2023.

Hergaux, Pauline ; Baucheret, Chantal ; Préaubert-Sicaud, Christine ; Soulié, Ophélie ; Digue, Laurence ; Dubasque, Malis, ; Haritchabalet, Isabelle ; Lombart Isabelle ; Kirakosyan, Voskan (2022), « Accompagner la fin de vie et le deuil en oncologie : une affaire d'équipe. Qu'attendre des référentiels ? », *Bulletin du Cancer, 109*(6), p. 670-678.

Hirsch, E.mmanuel (2019), « Soins palliatifs : 20 ans après le texte fondateur, un bilan insuffisant », *The Conversation*, [en ligne] https://theconversation.com/soins-palliatifs-20-ans-apres-le-texte-fondateur-un-bilan-insuffisant-118517

Hirsch, Emmanuel, *Soigner par la mort est-il encore un soin ?*, Paris, Éditions du Cerf, 2024.

Horvilleur, Delphine, *Vivre avec nos morts.* Paris. Grasset, 2021.

Jean-Dit-Pannel, Romuald ; Thomas, François (2019), « Machines de vie, machines de mort : la famille à l'épreuve des soins machinisés », *Perspectives Psy, 58*(3), p. 207-213. https://doi.org/10.1051/ppsy/20195 83207.

Kebir, Yasmina ; Saint-Dizier de Almeida, Valérie (2025). « Enquête sur l'usage des directives anticipées en oncologie, neurologie, secteur palliatif », in Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ;Vincent Catherine, Mourir. Les mots pour le dire, Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Kebir, Yasmina, *La prise en charge par les médecins des émotions de patients atteints de maladies chroniques : apport d'analyses plurielles d'entretiens de suivi authentiques*, Thèse doctorale en Psychologie ergonomique, Nancy : Université de Lorraine, 15 décembre 2022.

Kellehear, Allan (2013), « Compassionate communities : end-of-life care as everyone's responsibility », *Q J Med, 106*, p. 1071–1075.

Kerbrat Orecchioni Catherine (1988), « La notion de "place" interactionnelle ou les taxèmes qu'est-ce que ça ? » In C. Gelas, J. Cosnier & C. Kerbrat-Orecchioni, *Echanges sur la conversation* (p. 185-198), Lyon, Presses universitaires de Lyon.

Kerbrat-Orrechioni, Catherine, *Les négociations conversationnelles*, *Verbum N° spécial,* 223-243, 1984.

Labrell, Françoise (2023), « Le développement des propriétés biologiques de maladie et de mort sous l'angle des théories naïves biologiques et de l'éducation », *Enfances, 1,* p. 95-112.

Laflamme, Diane (dir.), *Trajectoire du mourir et du deuil*, *Frontières, 32*, 2020.

Larcher, Hubert (2005), « Le trépas », *Études sur la mort, 128*(2), p. 19-31.

Laurens, Stephane (2011), « La division du sujet par l'influence d'autrui, prémisse du rapport dialogique », *Bulletin de Psychologie, 5*(515), p. 399-411.

Le forestier Nadine, *Les passeurs de mots. Une éthique philosophique du soin : à propos d'une enquête nationale au sein des Centres SLA de France.* Thèse en Éthique, 17 décembre 2014, Université Paris Sarclay, 2014.

Le Forestier, Nadine, *Dire les Maux*, Paris, Presses universitaires de la Sorbonne 2022.

Lebas-Fraczak, Lidia (2020), « Le défi de l'adhésion thérapeutique. Place, rôle et effets des silences », *in* Blasco, Mylène, Parler à l'hôpital. *Écouter ce qui est dit, décrypter ce qui se dit* (p. 130-142), Allemangne, Münster, Nodus Publikationen.

Lebrun, Jean-Pierre ; Malinconi, Nicole, *L'altérité est dans la langue*, Toulouse, érès Editions, 2015.

Lefève, Céline ; Thoreau, Françoise ; Zimmer, Alexis (2020), « Situer les humanités médicales », in Céline. Lefève, François. Thoreau & A. Zimmer Alexis, Les humanités médicales. L'engagement des sciences humaines et sociales en médecine (p. 3-18), Paris, Doin, 2020 https://www.librairiemedicale.com/e-docs/00/04/D7/81/doc_attach_47235.pdf

Lerond-Caussin, Amélie et Julier-Costes, Martin (2025), « La relation soignante à l'épreuve du trépas », *in* Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire.* Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, sous presse.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines, ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458

Lerond-Caussin, Amélie ; Delsart, Aline et Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle (2025), « La nominalisation de la souffrance comme indicateur de genre professionnel », *in* Auriac-Slusarczyk, Emmanuèle ; Smirdec, Margot ; Vincent, Catherine, *Mourir. Les mots pour le dire*. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2025, sous presse.

Maciejewski, Paul-K ; Prigerson, Holly.G. (2017), "Prolonged, but not complicated, grief is a mental disorder", *The British of Psychiatry, 211*, p. 189-191.

Mao, Blaise (2023), « Mourir mieux : comment nous réconcilier avec la mort », *Usbek & Rica, 38, p. 22*-81.

Montandon-Binet, Christiane ; Montandon, Alain, *Savoir mourir*, Paris,L'Harmattan, 1993.

Patriarca, Eliane (2022), « Des récits pour apprivoiser la mort », *Sciences et Avenir. La Mort. Ce que dit la Science, 211*, p. 22-23.

Perifano, Alessia ; Laurend, Camille (2021), « Mort de l'enfant, émotions des soignants et dispositifs d'accompagnement », *Médicine Palliative, 20*(1), p. 56-61.

Peyrat-Apicella, Delphine ; Sinanian, Alexandre, *Situations Extrêmes*, Paris, Éditions In Press, 2021.

Peyrat-Apicella, Delphine ; Gautier, Sigolène, *Psychologie et soins palliatifs*, Paris, Éditions In Press, 2020.

Piolat, Annie ; Banour, Rachid (2009), « EMOTAIX : un scénario de Tropes pour l'identification automatisée du lexique émotionnel et affectif », *L'année psychologique, 109*, p. 655-698. <http://centrepsycle-amu.fr/wp-content/uploads/2014/01/Piolat_Bannour_2009_EMOTAIX.pdf$>$

Robert, Véronique ; Vandenderg, Christian (2024) « Engagement de continuité et santé mentale des employés : le rôle des traits d'affectivité », *Psychologie du Travail et des organisation, 30*(3), p. 137-153.

Romano, Hélène (2020), « Il était une fois la mort », *Dialogues Familles & Couples, 228,* p. 101-119. <https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2020-2-page-101?lang=fr$>$, 2020.

Sagot, Virginie ; Bonin, Juliette (2019) « Apprendre à délibérer en soins palliatifs aujourd'hui », *Revue Éducation, Santé, Sociétés, 5*(2), p. 149-164.

Scappaticci, Elena (2023), « La mort est devenue un scandale, *Usbek & Rica, 38.* Entretien avec Delphine Horvilleur », 10 février 2023 [en ligne] https://usbeketrica.com/fr/article/la-mort-est-devenue-un-scandale?

Schepens, François (2021) « Travailler à signifier la mort », *JALMAV,144*(1), p. 13-23.

Tordjman, Sylvie (2019), « Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique », *Perspectives Psy, 58*(4), p. 287-292. https://doi.org/10.1051/ppsy/201954287

Travers de Faultier, Sandra (2017), « Sang froid », *Les cahiers de la Justice, 4*(4), p. 773-776.

Trognon, Alain. (2003), « La logique interlocutoire. Un programme pour l'étude empirique des jeux de dialogue », *Questions de communication, 4,* p. 411-425.

Verbugt, Jessica ; Caron, Rosa (2019), « Le soin aux disparus. Un voyage dans les coulisses des professionnels sur la scène de la mort », *Études sur la mort, 151, p.* 85-102. https://doi.org/10.3917/eslm.151.0085.

Vernet, Agnès (2022) « Que se passe-t-il quand on meurt ? », *Sciences et avenir, La Mort. Ce que la science en dit,* p. 17-21.

Vincent, Catherine, *La mort à vivre. Quatorze récits intimes*, Paris, Seuil, 2023.

Published in : AURIAC-SLUSARCZYK, Emmanuèle (dir.), *Mourir en société(s)*, Editions des archives contemporaines,
ISBN : 9782813005458, doi : 10.17184/eac.9782813005458